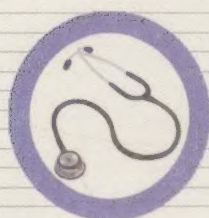


临床护理评价量表及应用

Linchuang Huli Pingjialiangbiao ji yingyong

王曙红 主编

湖南科学技术出版社



责任编辑/梅志洁
整体设计/刘　谊

上架建议：医卫类

ISBN 978-7-5357-6827-8



定价:36.00 元

临床护理评价量表及应用

Linchuang Huli Pingjialiangbiao ji yingyong

主　审　何国平　蒋冬梅
主　编　王曙红
副主编　彭伶丽　张彩虹
编　者　王国妃　王曙红　冯晓敏　刘风兰
　　　　张彩虹　彭伶丽　曾　翠

图书在版编目（CIP）数据

临床护理评价量表及应用 / 王曙红主编. -- 长沙 : 湖南科学技术出版社, 2011.7

ISBN 978-7-5357-6827-8

Ⅰ. ①临… Ⅱ. ①王… Ⅲ. ①护理学—评价—表 Ⅳ. ①R47-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第150413号

临床护理评价量表及应用

主　　编：王曙红

责任编辑：梅志洁

出版发行：湖南科学技术出版社

社　　址：长沙市湘雅路276号

http://www.hnstp.com

邮购联系：本社直销科　0731-84375808

印　　刷：长沙化勘印刷有限公司

（印装质量问题请直接与本厂联系）

厂　　址：长沙市青园路4号

邮　　编：410004

出版日期：2011年8月第1版第1次

开　　本：787mm×1092mm　1/16

印　　张：17.25

字　　数：413000

书　　号：ISBN 978-7-5357-6827-8

定　　价：36.00元

前言

评价是指按照一定的价值标准和质量目标，利用种种测量方法系统地收集资料信息，对事物的发展变化及影响发展变化的各种要素进行分析，为判断效果和进一步决策提供依据的过程。随着护理学的发展，护理科研水平不断提高，作为量化收集资料、评价护理效果的评价量表受到了愈来愈多的关注。如对患者病情的评价、对患者生活质量的评价，对护理工作质量的评价以及对护士身心状况的评价，等等。这就要求临床护士、护理管理者、护理教育者、护理研究者以及护理专业的学生掌握相关的评价方法，运用正确的评价工具，科学地收集和分析资料。

目前国内专门介绍与临床护理工作相关的评价方法的书籍很少，一些常用的临床护理评价量表仅见于文献的报道，而渴望提高科学收集资料、评价效果等方面的技能和水平的人越来越多，有的同仁和学生为了找到某一相关的评价工具而四处咨询和求索。为此，我们特编写了本书，可以快捷、有效地为读者提供帮助。

本书共分为 4 章：第一章患者病情评价，主要介绍临床护理工作中常用的病情评价方法；第二章患者生活质量评价，主要介绍临床常见疾病的生活质量评价方法以及涉及影响生活质量的舒适度、疼痛程度等评价；第三章护理工作质量评价，介绍了目前常用的护理工作质量评价方法、临床护理工作常用的病历质量评价体系及住院日评价标准；第四章护士职业状况评价，主要介绍了评价护士的身心状况的方法、中国注册护士核心能力量表及护士工作满意度量表等。对于每一个评价量表，作者不仅详细介绍了研究背景、应用方法、适用范围及对象，还附有实例分析，以便于读者理解。

本书既可为专业护士和护理管理者收集资料、评价护理效

果时筛选合适的评价工具提供方便，也可以为护理教育者讲授护理学研究方法提供依据和参考，同时也是护理本科生、研究生、博士生进行护理科研、选择研究工具时值得一读的参考书。

本书在编写过程中，承蒙中南大学护理学院院长、护理专业博士生导师何国平教授的悉心指导，在此表示衷心的感谢。

由于编者水平有限，书中一定有不当之处，敬请读者惠予赐教。

编　者

2011 年 3 月

目　　录

第一章 患者病情评价

在临床工作中，以“轻、中、重”来评价某一患者病情的程度显得太粗糙，既不能量化评价疾病的严重程度，也不能及时反映病情的迅速变化，即使同一个患者，不同医生或护士的判断结果可能有很大出入。危重病病情评价系统是根据疾病的一些重要症状、体征、生理甚至慢性疾病的病损因素等参数进行加权或赋值，从而量化评价危重疾病严重程度。

在欧美等国家，20 世纪 50 年代危重病评分就开始起步；进入 70、80 年代，一系列危重疾病严重程度评价方法相继产生，并得到迅速推广和使用；90 年代中后期，国外一些学者提出了一些新的用于急诊或入院前患者病情评估和危险分层的方法。近 20 年来，也受到我国许多学者和临床工作者的高度重视。目前，这些评分方法不断经过改良能进一步适应国内的临床工作，有些由手算发展至电算，使危重疾病严重程度评价更加精确和迅速。危重疾病评价系统在国内外的研究方向主要表现在以下几个方面：①评价患者严重程度和预测患者预后。②用评分衡量和评价医疗、护理措施的效果。③用来预测危重患者的住院时间和医疗费用。④用评分来选择手术时机。⑤用评分来控制组间的可比性。⑥用评分了解病情的严重程度和某些物质的关系。⑦用评分作为流行病学调查时疾病严重程度的统一标准。⑧评价护理工作质量，指导人力资源的配置。

目前，在临床上使用广泛的有：急性生理功能和慢性健康状况评价系统（APACHE Ⅰ～Ⅲ）、多器官功能障碍综合征评分（MODS 评分）、简化急性生理评分（SAPS Ⅰ～SAPS Ⅱ）、格拉斯哥昏迷程度评分方法（GCS）。以上评分系统在国内外临床工作中使用很多，但在护理中却应用较少，特别是在国内的临床护理中。本书将择取在护理中应用较多或有研究潜力的病情评价系统向大家介绍。

第一节 创伤评分

近 30 年来，面对创伤日益增多、伤情更为严重复杂的现实，创伤工作者在创伤学所涉及的各个领域进行了深入的研究，并取得了丰硕成果。创伤评分——评价创伤严重程度的量化标准，已成为研究伤员院前急救、院内急救和 ICU 监护治疗必不可少的客观指标。创伤评分是将患者的生理指标、诊断名称等作为参数并予以量化和权重处理，再经数学计算得出分值以显示患者全面伤情严重程度的多种方案的总称。创伤评分（分类）分为医院前和医院内两大部分。前者着眼于伤员的去向和现场处理；后者着眼于估计伤员的预后。院前创伤评分包括创伤指数（Trauma Index，TI），创伤评分（Trauma Score，TS），修正创伤评分（Revised Trauma Score，RTS），循环、呼吸、腹部、运动、语言记分法（Circulation Respiration Abdomen Motor and Speech Scale，CRAMS），院前分类指数（Prehospital Index，PHI），病伤严重度指数（Illness Injury Severity Index，IISI），类选指数（triage index），类选记分法（triage score），类选对照表（Triage Checklist，TC），现场类选标准

(field triage criteria)，医院前类选示意图（prehospital triage decision scheme）等；院内创伤评分主要分为两大系统，即常用的创伤定级标准（Abbreviated Injury Scale，AIS)、损伤严重度评分（Injury Severity Score，ISS)、创伤及损伤严重程度评分法（Trauma and Injury Severity Score，TRISS)、创伤特征严重度法（A Severity Characterization Of Trauma，ASCOT）和急性生理与慢性健康状况评分（Acute Physiology And Chronic Health Evaluation，APACHE）等。本节将节选在临床中常用的评分进行介绍。

一、评分介绍

（一）院前创伤评分

1. 创伤指数（TI）

创伤指数（Trauma Index，TI）是 Kirkpatrick JR 等于 1971 年首次提出，是以患者生命体征为基础研究的创伤记分法，见表 1-1-1。它包括受伤部位、损伤类型、循环、呼吸和意识 5 个方面的评定方法。根据每个方面的异常程度计以 1、3、5 或 6 分，最后 5 项积分相加即为 TI 总分，总分≤9 分为轻度或中度损伤；10～16 分为重度；≥17 分为极重度；≥21 分则病死率剧增；≥29 分则 80%在 1 周内死亡。研究表明，根据该指数有选择地将分数为 10 或 10 以上的重伤员送创伤中心或大医院是合适的。

表 1-1-1　　创伤指数（TI）

项　目	计　分			
	1	3	5	6
部位	皮肤	腰背部皮肤	胸部、骨盆	头、颈、腹部
伤型	裂伤	挫伤	刺伤、撕脱伤	弹片伤、爆炸伤、骨折脱位、瘫痪、血腹
收缩压（mmHg)	外出血	70～100	50～70	<50
脉搏（次/min)	正常	100～140	>140	无脉或<55
呼吸	胸痛	呼吸困难、费力、浅快或>35 次/min	发绀、血（气）胸或反常呼吸	窒息或呼吸停止
意识	嗜睡	木僵或淡漠、答不切题	浅昏迷、逆行健忘	深昏迷、再昏迷

2. 创伤评分法（TS）

创伤评分法（Trauma Score，TS）是 Champion HR 于 1981 年首次提出，最初是用于战场伤员分类。该计分方法是以格拉斯哥昏迷程度评分（GCS）为基础，结合心血管和呼吸情况评定的方法，见表 1-1-2。主要为 5 项指标：呼吸、呼吸幅度、收缩压、毛细血管充盈、格拉斯哥昏迷程度评分总分，5 项指标积分相加，总分 1～16 分。总分越少，伤情越重。Champion 等曾用该计分法对 821 例钝性伤和 888 例穿透伤进行了评定，结果表明把总分≤12 分的重伤员送创伤中心或大医院，其准确度可达 98%。

表 1-1-2　　创伤评分法（TS）

呼吸		呼吸幅度		收缩压		毛细血管充盈		GCS 总分	
等级（次/min）	计分	等级	计分	等级（mmHg）	计分	等级	计分	等级（分）	计分
10～24	4	正常	1	>90	4	正常	2	14～15	5
25～35	3	浅或困难	0	70～90	3	迟缓	1	11～13	4
>35	2			50～69	2	无	0	8～10	3
<10	1			<50	1			5～7	2
0	0			0	0			3～4	1

3. CRAMS 计分法

该计分方法由 Gormican SP 于 1980 年提出，1985 年，Clemmer 等又对此计分法作了修正，使准确度更高，见表 1-1-3。它包括循环、呼吸、胸腹、运动和言语 5 个方面，按照轻、中和重度异常分别计分为 2、1、0 分，最后 5 项计分相加，即为 CRAMS 总分。总分 9～10 分为轻度，7～8 分为重度，≤6 分为极重度。此法简便易行，便于记忆。

表 1-1-3　　修正后的 CRAMS 计分法

项　目	计　分		
	2	1	0
循环	毛细血管充盈正常和收缩压≥100mmHg	毛细血管充盈迟缓或收缩压为 85～90mmHg	无毛细血管充盈或收缩压<85mmHg
呼吸	正常	费力、浅或呼吸频率>35	无自主呼吸
胸腹	均无腹痛	胸或腹有压痛	连枷、板状腹或深穿刺伤
运动	正常（能按吩咐做动作）	只对疼痛刺激有反应	对任何刺激均无反应
言语	正常（对答切题）	言语错乱，语无伦次	发音听不懂或不能发音

4. 院前分类指数（PHI）

院前分类指数（Prehospital Index，PHI）是 Kochler 等通过 313 例创伤患者的各种生理数据用计算机分析处理后制订的。它包括收缩压、脉搏、呼吸和意识 4 个方面，见表 1-1-4。每方面根据伤情计 0～5 分，最后 4 项计分相加即为 PHI 总分。总分 0～3 分者为轻伤，4～20 分者为重伤。如有胸、腹穿透伤，总分内另加 4 分。

表 1-1-4　　院前分类指数（PHI）

收缩压		脉　搏		呼　吸		意　识	
mmHg	计分	次/min	计分	程度	计分	程度	计分
>100	0	51～119	0	正常	0	正常	0
86～100	1	≥120	3	费力或浅	3	模糊或烦躁	3
75～85	2	≤50	5	<10 次/min 或需插管	5	言语不能理解	5
0～74	3						

5. 类选对照表（TC）

根据现场类选应力求简单、迅速和准确的要求，Kane 等设计了类选对照表（triage checklist，TC）包括以下 7 项内容：①收缩压<90mmHg，脉搏 120 次/min，呼吸>30 次/min 或<12 次/min。②头、颈、胸、腹或腹股沟穿透伤。③意识丧失或意识水平低。④腕或踝以上部位的创伤性断肢。⑤连枷胸。⑥有 2 处或 2 处以上的长骨骨折。⑦从 4.572m 以上高度坠落。凡符合以上一项或几项情况的伤员应立即送创伤中心或大医院。该法可迅速判别出重伤伤员。鉴于某些重伤患者在伤后短时间内症状表现不明显，作者建议用此法初选，把症状明显的危重伤员选出来，然后用其他计分法对余下的伤员再进行分类。

（二）院内创伤评分

1. 简明创伤定级标准简介（AIS）

简明创伤定级标准（Abbreviated Injure Seale，AIS）是解剖损伤的定级标准，于 1971 年首次公之于世。AIS 用一种简单的数字编码来表示损伤的程度，每个数字都表达一定内容，其目的是便于计算机处理。AIS 的几个基本原则为：①以解剖学损伤为依据，每一处损伤都应有一个 AIS 评分。②AIS 是对损伤本身予以严重度分级，不涉及其后果。③AIS 不是单纯预计损伤死亡率的分级法。④AIS 法要求损伤资料确切具体，否则无法进行编码和确定 AIS 值。

临床上使用最多的是 AIS-90 版，AIS 评分的表示方法由诊断编码和损伤评分两部分组成，记为小数形式“××××××.×”。小数点前的 6 位数为损伤的诊断编码，小数点后的 1 位数为伤情评分（有效值 1～6 分）。

AIS 的编码、评分步骤：最新版本为 AIS-90 版编码评分手册，其中诊断编码的 1 位数代表身体区域，用 1～9 分别代表头、面、颈、胸、腹部和盆腔、脊柱、上肢、下肢、体表；第 2 位数代表解剖类型，用 1～6 分别代表全区域、血管、神经、器官（包括肌肉/韧带）、骨骼、LOS（头伤者意识丧失）；第 3 和第 4 位数代表具体受伤器官代码，该区各个器官按照英文名词的第一个字母排序，序号为 02～99；第 5 和第 6 位数表示具体的损伤类型、性质或程度（按轻重顺序），从 02 开始，用 2 位数字顺序编排以表示具体的损伤，数字越大代表伤势越重。00 表示严重度未指明的损伤（NFS）或表示该解剖结构在本手册中只有一项条目的损伤；99 表示损伤性质或严重度都不明者。小数点后的数字表示损伤评分，可以结合编码标记为“.×”，也可以单独标记为“AIS×”（×的取值范围为 1～6 或 9），按照伤势对生命威胁的大小，将每个器官的每一处损伤评为 1～6 分。AIS1 为轻度伤；AIS2 为中度伤；AIS3 为较严重伤；AIS4 为严重伤；AIS5 为危重伤；AIS6 为最严重伤。AIS9 指损伤已发生，但不知道是哪个器官或部位。小数点后的数即损伤严重度的 AIS 级，临床资料统计及计算 ISS 即根据此 AIS 值。

该评分的局限性：以上的编码规则在应用中有时较难掌握，实际编码和评分应使用一定的评分工具，参照 AIS 编码评分手册。AIS 总值与各系统 ISS 之间成非线性关系，它的级数不能简单相加或求平均数，不适于多发伤的评估。

2. 创伤严重度评分法简介（ISS）

创伤严重度评分（Injure Severity Score，ISS）是由 Baker 于 1974 年提出，目前已被世界公认，是医院内评分方案中应用最广的方法。ISS 以解剖损伤为基础，是相对客观和容易计算的方法。其计算值是取身体 3 个最严重伤损伤区域的最高 AIS 值的平方和。通常

把ISS≤16 分定为轻伤，>16 分定为重伤，>25 分定为严重伤。对此分类方法也有人提出不同看法。

ISS 的计算包括 5 个方面：①头颈部（包括颅骨和颈椎）。②面部（包括口腔、眼、耳、鼻和面骨）。③胸部（包括膈肌、肋骨和胸椎）。④腹部和盆腔脏器（包括腰椎）。⑤四肢及骨盆但不包括脊椎。⑥体表（包括任何部位的皮肤损伤）。

计算时，只将这 6 个分区中损伤最严重的 3 个分区中各取一最高 AIS 值，求其各自平方和予以相加即为该伤员的 ISS 值。例如：某一多发伤伤员，其伤情及 AIS 如下，计算结果的 ISS 为 34 分（表 1-1-5）。ISS 的分值范围为 1～75 分，ISS<16 分为轻伤，ISS>16 分为重伤，ISS>25 分为严重伤，75 分只可能是 2 种情况：即在 3 个不同区域有 AIS 为 5 的多发伤或至少一个 AIS 为 6 的损伤（凡 AIS 为 6 的伤，ISS 值就可定为 75 分）。

表 1-1-5　某伤员损伤严重度的 AIS 评分及 ISS 计算

分区	损伤情况	AIS 编码	最高 AIS	AIS 平方
头颈部	大脑挫伤	140602.3		
	颈内动脉完全横断	320212.4	4	16
面部	耳撕裂伤	210600.1	1	
胸部	左侧第 3、第 4 肋骨骨折	450420.2	2	
腹部	腹膜后血肿	543800.3	3	9
四肢	股骨干骨折	851800.3	3	9
体表	多部位擦伤	910200.1	1	

该评分的局限性：不能反映患者的生理变化及健康和年龄状况对伤情的影响，不能反映分值相同但伤情不同的实际差异，不能反映同一区域仅一处伤与多处伤的区别，不能反映脑外伤的严重程度及腹部多脏器伤和多发性骨折及同一处弹道伤的伤情。由于只采用损伤最严重的 3 个分区来计算，易出现同一区域有多处伤而严重程度评估过低的情况。

3. 创伤严重程度 TRISS 与 ASCOT 计量法

创伤及损伤严重程度评分法（Trauma and Injury Severity Scroe，TRISS）是 Boyd 等在 1987 年提出，广泛用于创伤伤员的预后估计和治疗指导的计量法。该法根据 RTS（修正创伤评分）、ISS、创伤类型、年龄 4 个因素提出。此模型将测得的 GCS（格拉斯哥昏迷评分）、SBP（收缩压）、RR（呼吸频率）和 ISS 按其规范量化处理，将损伤类型和年龄因素加权处理，经过统计学方法计算出患者的生存概率值，可据此值精确地估计伤情，推测预后及衡量救治水平。

创伤特征严重度法（A Severity Characterization Of Trauma，ASCOT）是 Champion 等在 1990 年提出、以生理和解剖指标相结合的预后评估法。它以 AIS 为基础，采用 AP（解剖要点法 Anatomic Profile）分区法，把身体分为 A、B、C、D 4 个部分，A：包括颅脑和脊髓所有 AIS>2 的损伤；B：包括颈部及胸部所有 AIS> 2 的损伤；C：代表上述以外部位所有 AIS>2 的损伤；D：则为所有 AIS 为 1 或 2 的损伤。对这 4 部分的全部严重伤（AIS>2）都给以应有的权重；年龄分段为< 55 岁者为 0，55～64 岁为 1，65～74 岁为 2，75～84 岁为 3，≥85 岁为 4。ASCOT 和 TRISS 计量法的量化及计算复杂，均需计算机完成并储存。

(1) TRISS 计量法简介

TRISS 计量法也是通过数字模型计算伤员之存活概率，即 PS 值：$PS=1/(1+e^{-b})$ 式中：$e=2.718282$；$b=-1.3054+0.9756\times(RTS)-0.0807\times(ISS)-1.9829\times(年龄)$；$RTS=0.9368\times G+0.7326\times S+0.2908\times R$；式中 RTS 为改良创伤记分，G、S、R 是伤员入急诊室时测得的哥拉斯格昏迷分级（GCS）、收缩压、呼吸频率各项的编码值，从"RTS 的指标与编码值"（见表 1-1-6）中查得；ISS 是以简明损伤分析 90 版（AIS-90）为依据，从 6 个区［颈、面、胸、腹/盆腔、四肢（包括骨盆）、体表］中，取 3 个分区中最大 AIS 值求得的平方和；年龄按伤员实际年龄得值，即年龄<55 岁者为 0，>55 岁者为 1。

表 1-1-6　RTS 的指标与编码值

格拉斯哥昏迷计分（GCS）	收缩压（SBP）kPa（mmHg）	呼吸率（RR）次/分	编码值
13～15	>11.9（89）	10～29	4
9～12	10.1～11.9（76～89）	>29	3
6～8	6.7～10.0（50～75）	6～9	2
4～5	0.1～6.6（1～49）	1～5	1
3	0	0	0

(2) ASCOT 计量法简介

ASCOT 计量法通过一个数学模型预测伤员的存活概率，即 PS 值：$PS=1/(1+e^{-K})$ 式中：$e=2.718282$；$K=K_1+K_2\times G+K_3\times S+K_4\times R+K_5\times A+K_6\times B+K_7\times C+K_8\times$ 年龄，K_1 为常数，K_1～K_8 为各参数的权重值，$K_1\cdots K_8$ 根据伤型可从 PS_{ASCOT} 公式的权重值表中择值（见表 1-1-7）；G、S、R 值的求法同 TRISS 所述。A、B、C 是构成 AP 法中的成分，是用 AIS 定级，如以 AIS-90 定级，A 为所有颅脑、脊髓伤中 AIS>2 的 AIS 分值平方和的平方根值；B 为按上法计算的所有胸、颈前部 AIS>2 的损伤；C 为按同法计算的所有 A、B 以外区域 AIS≤2 的损伤。

表 1-1-7　PS_{ASCOT} 公式的权重值表

参数	钝器伤	穿透伤
常数（K_1）	−1.1570	−1.1350
G（K_2）	0.7705	1.0626
S（K_3）	0.6583	0.3638
R（K_4）	0.2810	0.3332
A（K_5）	−0.3002	−0.3702
B（K_6）	−0.1961	−0.2052
C（K_7）	−0.2086	−0.3188
年龄（K_8）	−0.6355	−0.8365

优缺点：由于 AP 能克服 ISS 的不足，ASCOT 年龄分组更能反映出老年伤者体质差

异，同时对颅脑损伤加大了权重以反映此类患者死亡率高之特点，因此能更准确地预测伤情。相比而言，ASCOT 对头部伤和身体某一区域的多发伤患者生存概率的预测结果更为准确，而 TRISS 对生存患者和穿透伤死亡患者的误判率较低。此后，Champion 等对先前的结论提出了异议，认为两种方法的 ROC 曲线没有明显的不同，证明两者的预测性能相近。ASCOT 的缺点是量化及数学模型运算复杂，需计算机处理，掌握难度较大。

4. 改进的颌面创伤严重度评分法（RISS）

改进的颌面创伤严重度评分法（Revised Injury Severity Score，RISS）是以 AIS－90 为基础，在不改变原 ISS 与 AIS 函数关系的前提下，对颌面部多发性骨折患者，计算口腔颌面部所有解剖部位的 AIS 值。RISS 的计算方法如下：$RISS=A_1^2+A_2+A_3+\cdots+A_n$（$A_1$ 为损伤最严重解剖部位的 AIS 计分，$A_2 \sim A_n$ 为其余解剖部位的 AIS 记分）。

优缺点：这种方法吸取了 ISS 的优点，而且在其表达式中不改变原 ISS 与 AIS 的函数关系，可以显示出颌面部多发骨折伤重于单发骨折伤的差异，从而避免了 ISS 法对两处以上骨折损伤严重估价不足的情况。与 ISS 法相比，改进后的 RISS 法不失为一种更合理、有效的方法，能够准确地反映出实际颌面部多发骨折的严重程度。

（三）适用范围及对象

适用于各种原因导致的创伤患者。院前创伤评分着眼于伤员的去向和处理，院内创伤评分倾向于估计伤员的预后。

（四）临床应用

1. 评价创伤严重程度的量化标准

创伤评分分为两大部分：用于现场急救和运送的院前评分和用于急诊科和病房的院内评分。评分方法很多，可按伤员的生理状态划分，如 RTS、PHI 等；也可按损伤解剖部位、特定伤情及相应的严重程度划分，如简明损伤定级（AIS）。无论哪一种评分对评分内容都赋予了特定的数字或分数，将伤员病情量化，经数学计算以显示伤情，这对伤情判断、提高救治质量和预测存活可能性等提供了一个科学的可靠依据，从而为医护人员合理救治病人提供了重要的指导。

2. 作为院前急救、院内救治和伤员预后的客观指标

创伤评分是根据机体创伤后在循环、呼吸和中枢神经系统的反应，以数字形式定量性评价创伤严重程度的一种简便易行的方法。在院前急救中根据创伤评分给予患者不同的处理和安置，及时救治，提高生存率。在中国院前急救体系尚不完善的情况下急诊科及时而有效的救治也显得特别重要，同时可通过创伤评分推测患者的预后情况及评估救治水平。王小平研究 TS 在地震伤员伤情评估中的应用，结果显示 TS 对地震伤员进行伤情评估优化了救治流程，为有效救治赢得宝贵的时间，为后续的急救护理工作顺利开展创造了条件，提高了地震伤员的救护质量，同时也可以作为伤情变化的再评估工具。

二、应用举例

我们以顾彬发表的文章“创伤评分法在严重创伤患者急诊救治中的应用”［中国全科医学，2010，13（15）：1671－1672］为例，说明创伤评分法在临床中的应用。

（一）内容介绍

该文作者探讨创伤评分在严重创伤患者急诊救治中的临床应用价值，对 2004 年 4 月～

2008年12月某院急诊科342例严重创伤患者的病情采用创伤评分法进行评估。TS<10分者给予建立循环支持、抗休克、脱水、清创缝合、保持呼吸道通畅等对症支持治疗，救治过程中同时行心电、血压、呼吸、脉搏以及氧饱和度监测。TS≥10分者给予常规救治。结果发现患者入急诊室时TS≥10分者243例（71.05%），TS<10分者99例（28.9%）；根据不同评分给予相应处理，离开急诊抢救室时TS≥10分者310例（90.64 %），TS<10分者32例（9.36 %），两者比较差异有统计学意义（$P<0.05$）。其中7例（3%）患者发生心搏骤停，经救治无效死亡，患者TS均在4分以下。由此可见，TS使用简便快速，易掌握，能较好地反映创伤患者伤情，便于急诊科医生尽早掌握患者伤情、调配资源，尽快完成有效救治措施。

（二）应用解析

该研究按照5个部分进行计分。①呼吸（计15s呼吸次数×4）。②呼吸幅度（浅为胸廓呼吸运动或换气明显减弱；困难为辅助肌肋间肌有收缩）。③收缩压。④毛细血管充盈（正常为按压甲床或唇黏膜后2s内再度充盈，超过2s为迟缓）。⑤GCS。以上5项参数分别赋值和加权，所获得的总分即为得分。分值定为1～16分，最高分值表示患者一般情况良好，分值越低表示伤情越严重。使用中文版“创伤评分工具集”计算机软件测算。根据创伤评分给予不同的救治，结果显示在急诊抢救室内创伤患者的低血压、心动过缓、心律失常、心搏骤停等并发症与创伤评分明显相关。通过创伤评分法可以从病员重要生理指标上进行判断，从而在对大批量病员抢救中发挥有效资源调配作用。

该文作者认为在影响创伤性休克预后的因素中，最重要的是手术过程，以及伤后就诊时间、创伤严重程度评分和术前时间。在大部分创伤评分应用中，TS的应用效果好，但在对于脑损伤患者的严重程度评价中，GCS应用较好。基于此，应大力加强院前急救创伤评分工作，缩短现场反应时间和术前准备时间。应强调早期中量、快速进行限制性液体复苏，保证重要脏器的灌注。

创伤评分作为创伤学的一个重要内容，已经历了近50年的发展，此间许多学者做了大量工作，提出了许多有价值的评分预测系统，其中许多方法已得到广泛应用。但迄今为止，尚没有一个令人十分满意的方案。如现存的创伤评分主要是针对死亡这个结局进行预测，而对死亡之外的伤残等其他结局涉及很少，已存在的评分往往价值有限。目前的创伤评分对特殊人群的针对性不足，没有专门用于老年创伤的评估系统，实际上老年人由于年龄、生理状况及并存疾病等原因，与成年群体的创伤机制及结果有着明显的区别。无论是从创伤救治水平还是科研能力方面，都与国际水平有着较大差距。我们要不断吸取和借鉴国外同行们的先进经验，进一步积累大量全面可靠的数据资料，建立自己的数据库，才能从中求得符合我国实情的预测生存概率的具体权重值，以科学的态度完善创伤评分系统，才能真正地推动创伤科学的发展。目前，护士应用创伤评分工具进行伤情评估的相关文献较少，在伤情评估中承担怎样的角色，如何完善伤情评估工具的选择都有待每一位护理工作者思考。

第二节　早期预警评分和改良早期预警评分

随着急危重医学的发展，“潜在危重病”越来越受到临床医护人员的重视。所谓“潜在危重病”就是指那些表面上看没有特定某一器官衰竭的明显依据，但若不及时进行有效的干

预处理，患者有可能在数小时或数天后病情快速发展，成为危重患者，甚至危及生命。20世纪90年代初，英国医疗机构为了及时识别“潜在急危重症”患者，尽早高效进行合理治疗干预，“风险患者应急小组”应运而生。医务人员将此定义为：用医学全科能力评估潜在危重病患者和已经康复患者病情，以及时进行医疗干预或转移患者去更恰当的医疗单元。尽管“风险患者应急小组”在英国发展非常快，但研究发现，仍然有大量患者病情变化不能被及时发现，导致病情进一步加重。随后，有更多证据表明由病房转入ICU的患者通常会出现异常的生理指标。因此，需要应用一个临床观察方便、运算规则简便的评分系统能帮助临床医护人员更高效鉴别疾病危险程度，从而采取早期、合理的干预。于是，1997年，Morgan等人首先提出了早期预警评分（Early Warning Score，EWS）；2001年，Subbe等对其进行了改良，形成修订后早期预警评分（Modified Early Warning Score，MEWS）。英国国家医疗服务系统在2001年将它正式规定为医疗机构评估病情的一种方法。英国重症监护协会和伦敦皇家医学院已经推荐其用于综合病房患者病情风险的评估。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 早期预警评分（EWS）

EWS是对患者心率、收缩压、呼吸频率、体温和意识5项指标进行评分来评价患者病情的方法，见表1-2-1。文献表明：EWS评分3～4分常常是一个病情恶化、需要报告医生和提高监护级别的扳机点。

表1-2-1　　英国诺福克与诺里奇医院使用的EWS评分

参数	分值						
	3	2	1	0	1	2	3
心率（次/min）		＜40	41～50	51～100	101～110	111～130	＞130
收缩压（mmHg）	＜70	71～80	81～100	101～199		≥200	
呼吸频率（次/min）		＜9		9～14	15～20	21～29	≥30
体温（℃）		＜35.0	35.1～36.5	36.6～37.4	≥37.5		
意识				清楚	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应

2. 修订后早期预警评分（MEWS）

MEWS用收缩压、心率、呼吸、AVPU评分、体温5项指标来评价患者病情，见表1-2-2。

两种评分每项参数的范围均为0～3分，总分15分。评分时，先根据参数表获取患者EWS和MEWS每个单项参数所得分值，各项参数所得分值总和即为该患者的总分，分数越高，表示病情越严重。这两种评分的最大优点就是简便易行、经济，可以在患者床旁快速获取相关参数，数分钟即可完成评分和对患者的病情评价。目前，国内外对MEWS评分在病情严重程度的截断点有不同的观点。国外有些文献趋向于MEWS评分≥4分为病人需要提高监护治疗级别的触发点。也有部分研究认为，MEWS评分5分为患者收入HDU或ICU的截断点。若MEWS＞9分，则病人死亡性急剧升高。

表1-2-2　MEWS评分表

参　数	分　值						
	3	2	1	0	1	2	3
收缩压（mmHg）	<70	71～80	81～100	101～199		≥200	
心率（次/min）		<40	41～50	51～100	101～111	112～129	≥130
呼吸（次/min）		<9		9～14	15～20	21～29	≥30
AVPU评分				清醒	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应
体温（℃）		<35.0		35.0～38.4		>38.4	

AVPU分别为：A为反应；V为对声音有反应；P为对疼痛有反应；U为无反应。

（二）适用范围及对象

EWS和MEWS只适用于年龄>14岁的患者，对于儿童的应用暂未见有报道，可以应用于院前、急诊、各专科病房。

（三）临床应用

EWS、MEWS评分目前在国内临床上使用并不广泛，它主要应用方向为以下几个方面：

1. 早期识别潜在危重患者，合理分流急诊患者

2001年，Subbe在英国一家地区综合医院对709例急诊内科患者的MEWS数据进行收集，结果发现评分≥5分时，与死亡率、入住重症监护病房（Intensive Care Unit，ICU）率、专科病房（High Dependency Unit，HDU）率密切相关。孟新科认为MEWS评分5分是鉴别患者严重程度的最佳截断点，评分在5分以下，大多数患者在门诊留观或普通门诊治疗即可；评分在5分以上，患者病情变化的潜在危险性增大，需收专科病房甚至ICU监护治疗。MEWS评分的使用能发现患者潜在病情的变化，并有利于在临床管理中采用何种干预措施的确定。Subbe在2003年对1695急诊内科患者的调查中也证实了MEWS评分是一个合适的识别病情风险的工具，其中数据表明，呼吸频率是最佳的判断高风险患者的指标。

2. 评估疾病的严重程度及预后

Li YX在对ICU内科患者研究中表明，MEWS评分预测死亡的灵敏度为89.66%，特异性为86.21%，准确度为87.93%，与APACHEⅡ比较无显著差异。Quarterman表示当MEWS评分越高，患者的预后就越差。国内的孟新科等人也证明MEWS评分具有较高的分辨力，均可用于判断急诊患者病情的严重程度，而MEWS评分因快速、简便、费用低廉和便于操作，更适用于急诊科。也有研究者将MEWS评分用于干细胞移植患者存活率的预测。

3. 作为医疗、护理干预的依据

有研究发现：护士经常没能及早发现患者病情变化并通知医生，这是导致不恰当治疗的原因之一。因此，采用运算简便的评分系统能更高效的帮助护士鉴别疾病危险程度，有利于医护的准确沟通。EWS和MEWS的最大特点就是对常用的生理指标赋予相应的分值，根据不同的分值制定出不同级别的医疗处理干预原则。一旦分值达到一定标准即“触发”水平，就必须进行相对应的医疗干预。我国李子剑就设计了一种建立在MEWS评分上的急诊程序化监护方案。他共设计了5级监护方案，见表1-2-3，当MEWS达到不同的分值时，即触发不同级别的急诊监护预案，触发标准见表1-2-4。它与临床常规的监护方案相比，能降

低急诊留观期间的意外事件发生率，缩短急诊留观时间，有利于更为合理的分配使用急诊监护资源。Pittard 在 3 个外科临床病房中也发现，引进 MEWS 评分和“风险患者应急小组”后，这些患者的住院日期缩短、死亡率降低，重新人院率也由 5.1%降至 3.3%。

表 1-2-3　　各级急诊监护预案的具体内容

预案级别	生命体征监测频率	其他措施
1 级	1 次/8h	
2 级	1 次/4h	
3 级	1 次/1h	通知医生处理
4 级	1 次/30min	通知医生立即查看处理
5 级	1 次/15min	立即通知医生并做好抢救准备

注：生命体征监测包括体温、心率、血压、呼吸、脉搏及意识状态（AVPU）等。

表 1-2-4　　各级急诊监护预案的触发标准

预案级别	触发条件（MEWS 分值）	备　注
1 级	0 分	
2 级	1～2 分	
3 级	3 分	如为单项 3 分者为触发 4 级
4 级	4～5 分	
5 级	>5 分	

二、应用举例

我们以谭雯、侯丹、沈建华发表的文章“改良早期预警评分系统在急诊护理中的应用”[解放军护理杂志，2009，11（26）：50-51] 为例，说明 MEWS 评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者应用 MEWS 对内科急诊患者病情及预后进行评估，有针对性地实施护理。将 2008 年 3～10 月内科急诊留观处置的 326 例患者进行 MEWS 评分，据此制定相应的护理计划，以便根据病情危重程度实施不同的护理，并将 MEWS 评分与病情转归进行比较和分析。结果发现 MEWS 评分在 4 分以下急诊患者留观 98 例，仅予一般急诊护理；5～7 分 125 例，病情危重，急诊治疗期间实施一级护理，经救护后转入专科病房；8 分以上者 103 例，死亡危险性明显增加，实施特别护理，急诊救护后绝大多数患者入 ICU 进行监护。应用 MEWS 将急诊患者病情分值化，使护士制定护理计划依据更充分，急诊护理个性化更强，从而提升了急诊护理效果。

（二）应用解析

谭雯的研究发现：MEWS 分值越高，患者的病情越危重，护理的关注就越大。对于 MEWS 评分在 4 分以下的患者，病情危重度低，护士可以在患者的信息卡上做蓝色标记，可选择普通静脉穿刺针建立输液通道；对于 5～7 分的患者，病情重而潜在危险性大，需在信息卡上做黄色标记，增加巡视频次，使用套管针建立静脉通路，送入 ICU 或 HDU 必须

要有护士护送；对分值在8分以上的患者，应在信息卡上做红色标记，用套管针建立2条静脉通路，在急诊科就地实施救治，24小时专人护理。由此可见，通过借助简单、可靠、不受硬件条件限制的MEWS评分就可以指导急诊护理工作，护士可以根据不同分数尽早实施自己的护理计划，能够有重点、有层次地关注每一位急诊患者，做到心中有数，忙而不乱。

该文献是MEWS评分在护理中应用的一个很好的案例。这充分的说明该评分确实是一个有效的早期预警工具，能够提醒医护人员为患者实施早期的护理干预。目前，MEWS评分在国内特别是在护理领域应用并不广泛，非常具有研究潜力，如护理对策系统的建立、临床护士呼叫医生标准的确定、护理人力资源配置的指导等。

第三节　全身炎性反应综合征评分

20世纪80年代中期，随着多种促炎细胞因子的发现，多器官功能衰竭（Multiple Organ Failure，MOF）一度被视为是“过度的全身炎症反应”所导致的促炎因子损伤的结果。其实，描述与器官衰竭相伴随的全身炎症反应的名称除了脓毒血症以外，还有败血症、菌血症等，凸现了人们对感染的高度关注。1992年，美国胸科医师协会和危重病医学会（ACCP/SCCM）提出废除“败血症”等容易造成概念模糊的名称，而创造性的使用了全身炎症反应综合征（Systemin Inflammatory Response Syndrome，SIRS）这一新名词来描述全身炎症表现。该倡议的本意是表明SIRS时炎症反应可由感染或非感染因素引起。由于多器官功能障碍综合征（Multiple Organ Dysfunction Syndrome，MODS）治疗较困难，重视SIRS治疗就是对MODS的早发现和早预防。

全身炎性反应综合征（SIRS）是指机体对各种刺激或打击包括感染、缺氧、创伤、坏死等引起的全身失控性炎症免疫反应。临床上使用SIRS评分来确定它的严重程度。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 炎性反应综合征评分（SIRS评分）

具备以下4项诊断标准中的两项即可诊断为炎性反应综合征，其评分标准为：①体温>38℃或<36℃。②心率>90次/min。③呼吸>20次/min，或二氧化碳分压<32mmHg。④白细胞计数>12×10⁹/L或<4×10⁹/L，或不成熟中性粒细胞>10%。SIRS评分每个参数0～1分，符合条件1分，不符合条件0分，总分即为符合标准的项数，最低1分，最高4分，见表1-3-1。

表1-3-1　　SIRS评分表

参　数	分　值	
	符合	不符合
体温>38℃或<36℃	1	0
心率>90次/min	1	0
呼吸>20次/min，或二氧化碳分压<32mmHg	1	0
白细胞计数>12×10⁹/L或<4×10⁹/L，或不成熟中性粒细胞>10%	1	0

2. 修订后炎性反应综合征评分

2005 年，耿岩等参照 SIRS 评分，结合妊娠期高血压疾病的特点，自拟了修订后炎性综合征评分，它分为心率、平均动脉压、呼吸频率、氧饱和度、体温、白细胞计数、血糖、意识水平 8 项参数，每项参数 0～4 分，共 32 分。评分时，先根据参数表获取患者每个单项参数所得分值，各项参数所得分值总和即为该患者的总分，见表 1-3-2。研究文献表明：8 个数据综合评估可较好地反映 SIRS 发生、发展演变规律。1～10 分即可确诊炎性综合征，10～20 分则存在单脏器功能障碍，21 分以上则支持 MODS，若适时检测相应的生理学指标则可明确 MODS 诊断。

表 1-3-2　修订后炎性反应综合征评分

项目内容	0 分	1 分	2 分	3 分	4 分
心率（次/min）	60～100	55～59 或 100～119	50～54 或 120～141	40～49 或 141～160	<40 或>160
平均动脉压（mmHg）	70～100	60～69 或 101～110	50～59 或 111～130	40～49 或 131～160	<40 或>160
呼吸频率（次/min）	12～20	9～12 或 20～25	5～8 或 26～35	<5 或 36～46	0 或>46
血氧饱和度（%）	>92	85～91	75～84	60～74	<60
体温（℃）	36～37.5	35～35.9 或 37.5～38	34～34.9 或 38.6～39.5	33.1～33.9 或 39.6～40	<33 或>40
白细胞计数（$\times 10^9$/L）	4.0～10.0	3.0～3.9 或 10.1～14.9	2.0～2.9 或 15.0～20.0	1.0～2.0 或 21～31	<1.0 或>31
血糖（mmol/L）	3.5～5.6	5.7～8.6	8.7～13.5	13.6～23.0	>23.1
意识水平	清醒	嗜睡或烦躁	浅昏迷	昏迷	脑死亡

（二）适用范围及对象

该评分方法适用于任何群体，感染或非感染因素引起的严重的临床损伤性疾病。

（三）临床应用

SIRS 评分项目简单，方便易行，在临床上应用较为广泛。主要应用于以下两个方面：

1. 预测患者发生感染的危险

SIRS 是一种进展性、全身性的炎症过程，是免疫系统不适当和弥漫性激活的结果，可导致多器官功能衰竭综合征，预后不良。Grant 等就通过对 4887 例创伤患者的研究，认为每天的 SIRS 评分可作为评估创伤后感染风险的有意义的方法，可以作为早期诊断感染的指标。赵霞的研究发现：SIRS≥2 分的病例，其医院感染发生率明显增加，且 SIRS 评分的增高，发生医院感染的危险性有增加趋势，且呈线性关系。

2. 预测患者预后

国内外多项研究表明 SIRS 与患者的预后密切相关，SIRS 评分越高，患者死亡率越高。

二、应用举例

我们以姚文章、麻晓林、李英才等发表的文章“SIRS评分预测创伤后感染的研究”[创伤外科杂志，2004，6：31－33]为例，进行临床分析。

（一）内容介绍

该文作者为了探讨SIRS评分对预测钝性创伤后感染的价值，回顾分析了1908例钝性创伤致多发伤病例的资料。研究感染组与非感染组的患者与SIRS评分的关系。结果发现感染组与非感染组相比较，平均住院时间和病死率明显延长或增加。4个SIRS可变参数（体温、心率、白细胞计数、呼吸频率）中，低体温、白细胞增加比年龄和ISS（损伤严重程度评分）等指标对预测感染较为敏感。文章得出结论：钝性创伤患者入院时SIRS评分≥2分，可能预示感染发生和预后不良。早期实施干预措施对防治感染的发生具有指导意义。

（二）应用解析

该文是SIRS评分在预测感染发生方面的具体应用。研究结果表明：当SIRS增高、感染发生率明显增高、SIRS评分≥2分，且同时存在低体温和白细胞计数增加时，应高度考虑感染的发生，这为临床上尽早采取干预措施，防治感染发生和过度创伤炎症反应提供了理论依据。由此可见，SIRS评分在预测患者感染发生方面具有较好的应用价值。目前，在国内的文献搜索中，SIRS评分文献很多但应用于临床护理的文献报道并不多，少数报道也是关于修正后SIRS评分在产科护理中的应用，在外科护理中的应用几乎没有。在外科病种中，手术后最常见的并发症为感染。SIRS评分具有使用简便的特点，它的应用可以为外科护士早期识别和预测感染发生提供科学、客观的依据，为护士早期对患者进行救治干预赢得时间，有利于防止患者病情的进一步恶化。笔者认为SIRS评分在护士群体中的普及以及它在护理中规范化的应用是进一步研究的方向。

第四节　急性生理和慢性健康状况评价

急性生理和慢性健康状况评价系统（Acute Physiology and Chronic Health Evaluation，APACHE）自诞生以来，就一直被广泛应用于临床医疗。临床医生用此评估方法来了解危重患者病情的严重程度，选择正确的治疗方案，判断患者的预后，评价医疗质量。它是目前临床ICU中应用最广泛、最权威的评分系统。APACHE的发展经历了4个阶段，即APACHEⅠ～APACHEⅣ。

APACHEⅠ是Knaus等于1981年提出的，由急性生理评分（Acute Physiology Score，APS）和慢性健康评分（Chronic Health Score，CHS）两部分组成。由于其包含较多主观因素，参数多，使用不方便，判断病情的准确性较差且不能预计病死概率，现已被淘汰。APACHEⅡ是目前临床上使用最多的评分系统，是Knaus等在APACHEⅠ的基础上于1985年删去了急性生理学评分方面不常用或意义不大的22项参数提出的，该操作相对简单，有学者报道经过训练的非医务人员也可以为临床、科研、管理收集危重患者评分资料。APACHEⅢ是Knaus等在研究了美国40个ICU的17440例患者的材料后于1991年提出的。APACHEⅢ在预测病死率的准确性上也有很高的分辨度和一致性，现也较多地应用于临床。2005年，Zimmerman等又提出了APACHEⅣ，它是在APACHEⅢ的基础上新

增加了一些变量并用了不同的统计学方法。研究结果表明，APACHEⅣ在预测医院病死率上有较好的分辨度和拟合度，以APACHEⅣ为基准测量患者的住院日对评估病室工作效率是非常有用的。但文献也表明APACHEⅣ预测模型的准确性是动态的，应该定期重新检测。由于创作者在文献中没有公开APACHEⅣ量表，本章将只介绍APACHEⅠ～APACHEⅢ。

一、评分介绍

（一）评分方法

APACHE的应用包括两部分：一是计算分值，二是计算院内死亡危险度（R）。分值通常由3个部分构成，急性生理评分（Acute Physiology Score，APS）、慢性健康评分（Chronic Health Score，CHS）、年龄评分。三者总分构成APACHE得分，再由该得分和疾病种类、治疗场所种类等因素计算出R值。目前，已有相应的APACHE评分软件出台，如陈道军的APACHEⅡ评分软件。

1. APACHEⅠ评分

它由APS和CHS两部分构成，不计算R值，见表1-4-1。APS部分由34项参数构成，每项0～4分，均取入住ICU后32小时内的最差值。CHS见表1-4-2，主要体现此次入住ICU前3～6个月的健康状况，按病情轻重分为A、B、C、D 4个等级。APACHEⅠ总分值等于APS、CHS实际得分值相加。

2. APACHEⅡ评分

APACHEⅡ评分由APS、年龄、CHS 3部分构成。APS见表1-4-3，其中格拉斯哥昏迷评分（GCS）见表1-9-1，它由常见的12项生理参数构成，每项0～4分，均取入住ICU后24小时内的最差值。但Knaus认为，如果APACHEⅡ能在急诊或者患者入住ICU时进行评定，意义更大，这样可以消除治疗对评价结果的影响或干扰。年龄及CHS见表1-4-4，年龄部分，依据不同年龄阶段分别计为0、2、3、5、6分；CHS由轻到重计为0、2、5分。三部分实际分数相加的总和即为APACHEⅡ总分，总分值范围为0～71分。根据APACHEⅡ总分值和入住ICU的主要疾病分值，可进一步计算患者院内死亡危险性（R）：$\ln[R/(1-R)]=-3.517+$APACHEⅡ得分$\times 0.146+0.603$（仅限于急诊手术后患者）+患者入住ICU的主要疾病分值，见表1-4-5。根据某类疾病多个患者的R值，可得出群体死亡危险性。

3. APACHEⅢ评分

它也是由APS、年龄、CHS 3部分构成，可以计算R值。它与APACHEⅡ的不同点为：①APS增加到17，删除了血清钾浓度，增加了尿量、尿素氮、血清白蛋白、总胆红素、血糖等项目，删除了静脉血HCO_3^-浓度并增加动脉血二氧化碳分压与动脉血pH共同组成酸碱失衡评分，见表1-4-6和表1-4-7。②每项参数的分值和总分（0～299）均高于APACHEⅡ。③神经系统用对疼痛和语言刺激能否睁眼的变化表示分值，而不用GCS，分值范围为0～48分，见表1-4-8。④各项参数分值大小不同，年龄由5档增加至7档，分别计0、5、11、13、16、17、24分，见表1-4-9。

表 1-4-1　　APACHE Ⅰ——急性生理学评分(APS)

系统	变　量	分值 0	1	2	3	4
心血管	1 心率(次/min)	70～110		56～69 或 111～140	41～55 或 141～179	≤40 或≥180
	2 平均动脉压(MAP)(mmHg)	70～110		51～69 或 111～130	131～159	≤50 或≥160
	3 右心房/中心静脉压(mmHg)	1～15	<1 或 16～25	≥26		
	4 急性心梗的肌酸激酶同工酶或心电图证据	无				有
	5 ECG 表现出心律失常			房性心律失常	>6 次室性期前收缩/min、房性心律失常+血流动力学紊乱	室性心动过速或室颤
	6 血乳酸浓度(mmol/L)	0～3.4			3.5～8	>8
	7 动脉血 pH	7.33～7.5	7.51～7.59	7.25～7.32	7.15～7.24 或 7.6～7.69	<7.15 或≥7.7
呼吸	8 呼吸频率(次/min,机械通气)	12～25	10～11	7～9 或 26～34	35～49	≤6 或≥50
	9 肺泡-动脉血氧分压差(mmHg)	<200	200～350		351～499	>500
	10 二氧化碳分压(mmHg)	30～49		25～29 或 50～60	20～24 或 61～69	<20 或≥70
肾脏	11 24 小时尿量(mL)	700～3500	3501～4999	480～699(20～29mL/h)或≥5L	120～479(5～20mL/h)	<120(5mL/h)
	12 血尿素氮(BUN)(mmol/L)	3.57～7.14	7.15～28.56	<3.57 或 28.56～35.7	35.8～53.55	>53.55
	13 血清肌酐(Cr)(μmol/L)	53.04～132.4	<53.04 或 132.5～176.8	176.9～309.4	309.5～618.8	>618.8

续表 1

系统		变 量	分 值				
			0	1	2	3	4
胃肠道	14	血清淀粉酶(AMS)(U)	≤500			501～1999	≥2000
	15	血清白蛋白(A)(g/L)	3.5～8	2.5～3.4	<2.5		>8
	16	血清总胆红素(TBIL)(μmol/L)	0～85.5	85.5～256.5		≥256.5	
	17	血清碱性磷酸酶(ALP)(U)	0～160	>160			
	18	天门冬氨酸氨基转氨酶(AST)(U)	0～100	101～1499	≥1500		
	19	变应性(皮试)	无		皮肤试验反应降低(R)		皮肤试验均无反应(T)
血液	20	血细胞比容(HCT)(%)	30～46	47～50	20～29 或 51～60		<20 或>60
	21	白细胞计数(WBC)(×10^9/L)	3～15	15～20	1～3 或 20～40		<1 或>40
	22	血小板计数(PLT)(×10^9/L)	80～600	601～1000	20～79 或>1000		<20
	23	凝血酶原时间(PT)延长值(s)	0～3		3.1～5	5.1～12	>12
感染	24	脑脊液培养	阴性				阳性
	25	血培养	阴性				阳性
	26	真菌培养	阴性	除血或脑脊液之外的 1 个部位阳性		除血或脑脊液之外的 2 个部位阳性	血和(或)脑脊液阳性
	27	直肠温度(℃)	36.0～38.5	34.0～35.9 或 38.6～39.0	32.0～33.9	30.0～31.9 或 39.1～41.0	≤29.9 或>41.0
代谢	28	血钙(总钙)(mmol/L)	2～2.75	2.75～3.5	1.25～2 或 3.5～4		<1.25 或≥4
	29	血糖(mmol/L)	3.9～13.9	14～27.7	2.8～3.8	1.7～2.7 或 27.8～44.4	<1.7 或>44.4

续表 2

系统		变量	分值				
			0	1	2	3	4
代谢	30	血钠(mmol/L)	130～150	151～155	120～129 或 156～160	110～119 或 161～180	＜110 或＞180
	31	血钾(mmol/L)	3.5～5.5	3～3.4 或 5.6～6	2.5～2.9	6.1～7	＜2.5 或＞7
	32	血 HCO_3^-(mmol/L)	20～30	10～19 或 31～40		5～9 或＞40	＜5
	33	血浆渗透压 [mOsm/(kg · H_2O)]	260～300	301～320	240～259	220～239 或 321～350	＜220 或＞350
神经	34	格拉斯哥昏迷评分(GCS)	13～15	10～12	7～9	4～6	3

注：1. 第 9 项目中的肺泡-动脉血氧分压差＝[FiO_2×(760－47)－$PaCO_2$/R－PaO_2]；R：呼吸商通常取 0.8。
2. 第 19 项目中 R：对提示细胞免疫性受损的皮肤试验的反应降低；T：对包括流行性腮腺炎和真菌在内的所有激发性皮肤试验的均无反应。

表 1-4-2　APACHE Ⅰ——慢性健康状况评价（CHS）

级别	慢性健康状况
A	健康，无功能障碍
B	存在导致轻至中度活动受限的慢性疾病
C	存在导致严重症状但不限制活动的慢性疾病
D	存在导致活动严重受限，如卧床不起或需住院的患者

注：通过询问患者此次入住 ICU 前 3～6 个月的健康状况获得。

表1-4-3　APACHE Ⅱ——急性生理评分（APS）

参　数	分值 0	1	2	3	4
1 体温（℃，直肠）	36.0～38.4	34.0～35.9 或 38.5～38.9	32.0～33.9	30.0～31.9 或 39.0～40.9	≤20.9 或≥41.0
2 平均动脉压（mmHg）	70～109		50～69 或 110～129	130～159	≤49 或≥160
3 心率（次/min）	70～109		55～69 或 110～139	40～54 或 140～179	≤39 或≥180
4 呼吸频率（次/min）（非机械通气或机械通气）	12～24	10～11 或 25～34	6～9	35～49	≤5 或≥50
5 动脉氧分压（mmHg）或	>70	61～70		55～60	<55
动脉血氧分压差（mmHg）	<200		200～349	350～499	≥500
6 动脉血 pH	7.33～7.49	7.50～7.59	7.25～7.32	7.15～7.24 或 7.60～7.69	<7.15 或≥7.70
7 血钠（mmol/L）	130～149	150～154	120～129 或 155～159	111～119 或 160～179	≤110 或≥180
8 血钾（mmol/L）	3.5～5.4	3.0～3.4 或 5.5～5.9	2.5～2.9	6.0～6.9	<2.5 或≥7.0
9 血清肌酐（Cr）（mmol/L）	53.04～123.76		<53.04 或 123.75～176.86	176.86～309.40	≥309.40
10 血细胞比容（HCT）（%）	30.0～45.9	46.0～49.9	20.0～29.9 或 50.0～59.9		<20.0 或≥60.0
11 白细胞计数(WBC)（$\times10^9$/L）	3.0～14.9	15.0～19.9	1.0～2.9 或 20.0～39.9		<1.0 或≥40.0
12 格拉斯哥昏迷评分		等于 15 减去实际格拉斯哥昏迷评分值			

注：1. 第 5 项目中，给氧浓度≥0.5 时记录动脉血氧分压差，给氧浓度<0.5 时只记录动脉氧分压。2. 第 9 项目中，急性肾衰竭时 Cr 分值加倍。

表 1-4-4　　APACHE Ⅱ 年龄及慢性健康状况评分标准

年龄（岁）	分值	慢性健康状况*	分值
≤44	0	择期手术	2
45～54	2		
55～64	3	非手术或急诊手术	5
65～74	5		
≥75	6		

注："*"指有严重器官功能不全或免疫抑制者，既往健康者除外。

表 1-4-5　　APACHE Ⅱ 疾病严重程度系数

非手术疾病	系数	手术疾病	系数
呼吸不全		多发性损伤	－1.684
哮喘	－2.018	末梢血管手术	－1.315
慢性阻塞性肺气肿（COPD）	－0.376	心脏瓣膜手术	－1.261
肺水肿（非心源性）	－0.251	心血管系统慢性疾病	－1.376
呼吸停止后	－0.168	脑肿瘤开颅术	－1.245
误吸、中毒	0.142	肾肿瘤手术	－1.204
肺梗死	－0.128	肾移植术	－1.042
感染	0	颅脑损伤	－0.955
肿瘤	0.891	肺肿瘤手术	－0.802
循环不全		颅内血肿、硬膜外血肿、蛛网膜下	
高血压	－1.798	腔出血开颅术	－0.788
心律失常	－1.368	椎板切除脊髓手术	－0.699
充血性心脏病	－0.424	出血性休克	－0.682
出血性休克、脱水	0.493	消化道出血	－0.617
冠心病	－0.191	消化道肿瘤手术	－0.248
败血症	－0.113	术后呼吸功能不全	－0.140
心脏停搏后	0.393	消化道穿孔、闭塞	－0.060
心源性休克	－0.259	手术后入住 ICU 的原因不在上述范	
胸、腹大动脉瘤	0.371	围，根据下列的主要器官系统选择	
外伤		神经系统	－1.150
多发性损伤	－0.288	心血管系统	－0.797
颅脑损伤	－0.517	呼吸系统	－0.610
神经系统		消化系统	－0.613
癫痫发作	－0.584	代谢、肾	－0.196
入住 ICU 的原因不在上述范围，根		颅内血肿、硬膜外血肿、蛛网膜下	
据涉及的下列主要器官系统选择		腔出血	0.723
代谢、肾	－0.885	其他	
呼吸系统	－0.890	药物中毒	－3.353
神经系统	－0.759	糖尿病酮症酸中毒	－1.507
心血管系统	0.470	消化道出血	0.334
消化系统	0.501		

注：1. APACHE Ⅱ 分值＝APS 分＋CHS 分＋年龄评分。

2. APACHE Ⅱ 单个患者病死危险度（R）的计算公式：$\ln(R/1-R)=-3.157+(\text{APACHE II 得分}\times 0.146)+0.603$（仅限于急诊手术患者）＋患者入 ICU 的主要疾病得分。将每一个患者值相加，再除以患者总数即可求出群体患者的预计死亡率：$R=(R/1-R)/(1+R/1-R)$。

表 1-4-6　APACHE Ⅲ——急性生理评分（APS）

变量	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	23
1 心率（次/min）	50～99	100～109				110～119或40～49		120～139	≤39					140～154				≥155				
2 平均动脉压（mmHg）	80～99				100～119		70～79	60～69或120～129		130～139	≥140					40～59						≤39
3 体温（℃）	36～39.9		35～35.9		≥40				34～34.9					33.5～33.9			33～33.4				≤32.9	
4 呼吸频率（次/min）	14～24						25～34	12～13	6～11	35～39		40～49						≤5	≥50			
5 动脉血氧分压（mmHg）或	≥80		70～79		50～69											≥49						
5 肺泡-动脉血氧分压差（mmHg）	<100							100～249		250～349		350～499				≥500						
6 血细胞比容（%）	41～49			≤40.9或≥50																		
7 白细胞计数（$\times10^9$/L）	3～19.9	20.0～24.9				1～2.9或≥25														<1		

续表

变量		分值																					
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	23
8 血肌酐（μmol/L）	有急性肾衰时	44～132			<43	133～171			≥172														
	无急性肾衰时	0～132										≥133											
9 尿量(mL/d)		2000～3999	≥4000			1500～1999	900～1499		600～899	400～599							≤399						
10 血尿素氮（mmol/L）		≤6.1		6.2～7.1					7.2～14.3				14.4～28.5	≥28.6									
11 血钠（mmol/L）		135～154		120～134	≤119	≥155																	
12 白蛋白（g/L）		25～44				≥45		20～24					≤19										
13 总胆红素（μmol/L）		≤34					35～51	52～85		86～135								≥136					
14 血糖（mmol/L）		3.4～11.1			11.2～19.3		≥19.4			≤2.1	2.2～3.3												

注：1. 第4项如果患者接受机械通气，呼吸频率为6～12次/min时不得分。

2. 第5项评价患者的氧合功能，肺泡-动脉血氧分压差=[FiO_2×(760−47)−$PaCO_2$/R−PaO_2]；R：呼吸商通常取0.8。

3. 第8项，急性肾衰竭以血清肌酐浓度≥133μmol/L，尿量<410mL/d而未行慢性血液透析作为判定指标。

表 1-4-7　　APACHEⅢ——APS 第 15 项目酸碱失衡评分

pH	PaCO₂ (mmHg)								
	<25	25～30	31～35	36～40	41～45	46～50	51～55	56～59	≥60
<7.20	12	12	12	12	12	12	4	4	4
7.20～7.29	9	9	6	6	3	3	2	2	2
7.30～7.34	9	9	0	0	0	1	1	1	1
7.35～7.44	5	5	0	0	0	1	1	1	1
7.45～7.49	5	5	0	2	2	12	12	12	12
7.50～7.59	3	3	3	12	12	12	12	12	12
≥7.60	0	3	3	12	12	12	12	12	12

表 1-4-8　　APACHEⅢ——APS 第 16 项目 神经功能异常评分

	语言	按嘱运动	疼痛定位	肢体屈伸或去皮质强直	去大脑强直或无反应
Ⅰ对疼痛或语言刺激能自动睁眼时的语言及运动变化	回答正确	0	3	3*	3*
	回答错乱	3	8	13*	13*
	语句或发音不清	10	13	24	29*
	无反应	15	15	24	29
Ⅱ对疼痛或语言刺激不能自动睁眼时的语言及运动变化	回答正确	—	—	—	—
	回答错乱	—	—	—	—
	语句或发音不清	—	—	24*	29*
	无反应	16	16	33	48

注：判断神经功能异常一定要结合患者实际情况，要与临床符合，尤其是标有“*”的，没有分数的表示临床基本不出现这种情况。如果患者使用了镇静药物，不能对神经系统功能做出判断，应以镇静的情况作为标准，如果没有可信的镇静前的资料，应视该项正常。

表1-4-9　　APACHEⅢ——年龄及慢性健康状况评分

年龄（岁）	分值	慢性健康状况	分值
≤44	0	获得性免疫缺陷综合征（AIDS）	23
45～59	5	肝衰竭	16
60～64	11	淋巴瘤	13
65～69	13	转移癌	11
70～74	16	白血病/多发性骨髓瘤	10
75～84	17	免疫抑制	10
≥85	24	肝硬化	4

注：如果患者有两种或两种以上基础疾病，则按最高分值计算，不得累计得分。

APACHEⅢ总得分＝APS得分＋年龄得分＋慢性健康状况评分。

在APACHE评分过程中，通常得分越高，说明患者的病情越重，死亡率越高。在临床中通常将APACHEⅡ得分20分、APACHEⅢ得分60分作为病情严重程度的截断点，超过该截断点，病情严重程度及死亡率明显提高。

（二）适用范围及对象

APACHE评分系统主要适用于ICU或抢救室，也可用于急诊室和普通病房，对大多数疾病都有适用性。Knaus要求适应对象应为年龄≥18岁的患者。

（三）临床应用

APACHE在医疗上的应用主要是在以下6个方面：①用评分客观评估疾病的严重程度和预测预后。②控制组间可比性。③了解病情的严重程度和某些物质的关系。④选择手术时机。⑤作为流行病学调查时疾病严重程度的统一标准。⑥动态评价救治水平。

APACHE评分近5年在护理中的应用相对较多，本节将在护理中的应用方向及局限性进行着重介绍。

1. 确定护理工作量，指导护理方案的制订

Kiekkas等对所在医院ICU138例患者长达5个月的研究中发现，用APACHEⅡ评分评估患者的危重程度是日常护理工作量的一个重要的早期指标。张敏等对202例腹部创伤患者进行APACHEⅡ评分，按评分的不同档次分为5个等级，并从护理等级、体位等14个方面建立相应的护理对策系统，使护士能根据护理级别合理地安排护理工作量，突出了护理救治的系统性。简洁等提到APACHEⅡ评分能预测患者远期生活质量，通过评分对一些可能致残、远期生活质量较差的患者，进行及时早期的心理疏导，并尽早采取相应的康复措施，增强功能锻炼，最大限度地提高患者的生活质量。王卓的研究表明单间ICU患者压力因子各类应激源与APACHEⅡ评分存在相关性，根据APACHEⅡ评分采取及时有效的心理干预，形成以“问题为中心”的心理护理模式，有助于患者的康复。

2. 动态评价护理质量

国内有文献多次报道了利用APACHE评分动态了解病情程度和护理效果。如乐革芬等在研究中将110例急性腹膜炎术后的患者随机分为观察组和对照组，观察组行APACHEⅢ评分，并在每天或每项医疗护理措施实施前后进行评价，对照组行常规护理。结果观察组的患者经过3天的治疗和护理，APACHEⅢ评分下降速度显著快于对照组，并发症发生率、

病死率显著低于对照组。周莹等在护理重型肝炎患者的研究中发现使用 APACHEⅡ评分后，重型肝炎抢救成功率较以往上升了 7.8%，患者平均住院天数缩短了 5.4 天，平均医疗费用下降了 1208.4 元，提高了护理质量，大大地减轻了患者的负担。

3. 人力资源的安排

目前在临床工作中，由于诸多主观和客观的因素，医生对于护理级别的确定受到了多方面因素的影响，并且大多根据临床经验来确定，难免停留于经验和直觉的层面，因而有时不能很好地安排护理人力资源，护理质量得不到充分的提高。而 APACHE 评分能较好地指导人力资源的分配，使患者在最危重时期得到集中优势护理力量所采取的强有力的护理措施，而在病情好转后减少不必要的护理人员，使有限的护理人力资源得到合理的应用。赵玉敏等在 ICU 中对 338 例患者进行研究发现，根据 APACHEⅡ评分指导护理人力资源分配的实验组比根据主观判断患者的病情来分配护理人力资源的对照组在并发症的发生率、患者的满意度、入住 ICU 时间上均优于对照组。何满红等在 MODS 患者的研究中，将 APACHEⅡ<15 分，护患比设置为 1∶1；评分为 15～20 分，护患比为（1.0～1.5）∶1；评分>25 分，护患比增加到（1.5～2.0）∶1.0，使责任护士感觉劳动强度适中，护士满意度明显提高。

4. 护理科研对象筛选的指标

采用 APACHE 评分，可控制组内和组间可比性。叶向红等在外科危重患者肠内营养支持的观察和护理中将 APACHEⅡ≥10 分作为选择患者的指标。侯延菊等在应激性溃疡的研究中以 10 分为界限分分为 1（APACHEⅡ≤10）、2（APACHEⅡ>10）两组，发现第 2 组患者应激性溃疡及大出血的发生率明显增高。

5. 比较其他评分系统在护理工作中的评价效能

Robas 等在对一家公立医院 458 例 ICU 住院患者研究中，比较九等护理人力评分法（Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score，NEMS）和 APACHEⅡ两种评分系统，结果发现两种评分系统有联系，NEMS 容易应用于护理工作并能反应护理效果。两者联合应用能客观限定护理工作和患者分类。章凌华等在急性腹膜炎预后评估中对 APACHEⅡ、SOFA（序贯器官衰竭评估）、MPI（曼氏腹膜炎指数）、MOF（多器官衰竭评分）4 种评分系统进行应用比较，发现 4 种评分系统有利于老年急性腹膜炎患者预后的评估，以 APACHEⅡ和 SOFA 评分为优，对采取合理有效的护理干预措施有指导意义。

6. 评分的局限性

（1）APACHE 评分不能完全反映护理工作量：马继红调查发现，使用 APACHE 评分评价术后恢复室中的心脏术后患者呼吸循环功能衰竭，持续应用血管活性药物和呼吸机的辅助支持，其 12 项生理参数相对正常，而其他内科的呼吸衰竭患者其指征明显且积分较高，但两类患者的预后、耗资、护理工作量却完全不同。

（2）APACHE 评分系统的适用范围有限：APACHE 评分系统是为综合 ICU 设计，对单一病种病死率及严重程度的评价不如其他评分系统，如对急性创伤患者的预测准确性不如 TRISS（创伤患者存活概率预测方法）评分系统高，对 MODS（多系统器官功能衰竭）患者病死率的预测不如 MODS 评分系统高。

（3）ICU 护士对 APACHE 评分的了解、认识程度参差不齐：Chen 等对台湾地区一家医院来自成人、急诊、心血管监护室的 102 名护士分别进行了 APACHEⅡ评分问卷调查，结果显示 76%的问题回答正确，一半以上的护士不知道怎样评估患者的慢性健康状况，只

有44.1%护士知道APACHEⅡ的总分值范围，护士普遍认为APACHE评分的目的主要是用于统计并不能用于患者的护理，但她们知道评分是提供更多进一步治疗的依据。由此可见，告知和培训APACHEⅡ评分的目的和正确使用是有必要的，特别是那些经常要使用这个评价工具评价患者情况的ICU护士。

（4）客观条件在一定程度上限制了APACHE评分在护理上的应用：APACHE评分不能及时得出分数，要完全获取各项参数需2～24小时，对急诊患者的应用受限。但急诊患者在急诊室内停留的时间不一定有24小时，因此，护士获取相关参数有困难。另外，一些基层医院的医疗设备尚不能完全获取APACHE评分所需要的参数，因此很多医护工作者都选用参数简便易得的评分，如SIRS（炎性反应综合征评分）。

二、应用举例

我们以熊杰、黄素芳、刘伟权发表的文章“APACHEⅡ评分在ICU分级护理中的应用”[护理学杂志，2010，25（13）：16－18] 为例，进行应用分析。

（一）内容介绍

该文是急性生理和慢性健康状况（APACHEⅡ）评价在ICU分级护理中的应用价值的研究。该文作者将120例ICU患者分为观察组（62例）和对照组（58例）。对照组按特级护理及疾病种类执行常规护理；观察组应用APACHEⅡ评分评估患者病情，依据评分在特级护理的基础上进一步细化护理措施，分特一、特二、特三级护理系统对患者进行护理。比较两组护理质量以及护士对护理资源配置和患者/家属对护理工作的满意度。结果发现观察组护士对护理资源配置和患者/家属对护理工作的满意率显著高于对照组；护理质量优于对照组。依据APACHEⅡ评分对ICU患者实行分级护理可更合理地配置ICU护理资源，提高护理满意度。

（二）应用解析

该文为APACHEⅡ评分指导护理资源合理利用的一个很好案例。根据病情实行分级护理是一项基本的医院管理制度，也是护士实施临床护理的重要依据。但目前我国的分级护理制度在ICU中体现不出分级的本质，很可能导致护理资源配置不合理，护士劳动强度不一致，进而影响护理质量和综合救治水平。作者根据APACHEⅡ分值的不同，建立ICU不同的护理对策系统，及时调配人力，实行分级监护，见表1－4－10，使护理资源配置更加灵活，观察病情更为准确，不仅缓解了护士的压力，保证了护理质量，也提高了护士、患者的满意度。由此可见，APACHEⅡ评分是实行分级监护的一个良好的指导工具。APACHEⅡ评分是一个非特异性的病情评价系统，适应范围广，现有相应的操作软件已出台，使用较为方便。笔者认为它可以广泛的应用于临床特别是ICU的护理工作中，为护理质量的改进、护理管理的优化提供科学、客观的指导依据。

表1－4－10　　依据APACHEⅡ评分的分级护理措施

项　目	＜15分	15～20分	＞20分
护理级别	特三级护理	特二级护理	特一级护理
生命体征监测	1次/(1～2)h	1次/(30～60)min	连续监测
尿量监测	记24h尿量	记24h尿量	记24h尿量和每小时尿量

续表

项　目	<15分	15～20分	>20分
护理级别	特三级护理	特二级护理	特一级护理
中心静脉压监测	—	1次/(2～4)h	1次/(1～2)h
静脉通路	外周静脉	中心静脉	中心静脉
胃肠黏膜pH监测	—	必要时	监测
呼吸支持	吸氧、吸痰	常规吸痰无效者纤维支气管镜吸痰，必要时气管插管，机械通气	常规吸痰无效者纤维支气管镜吸痰，气管插管或气管切开，机械通气
脑保护	—	必要时	实施
连续血液净化治疗	—	必要时	实施
营养支持	肠内营养为主	肠内营养＋静脉营养	肠内营养＋静脉营养
心理支持	与患者本人沟通	配合医生与家属沟通	配合医生与家属沟通
专科护理会诊	—	必要时	实施
更换卧位	1次/2h	1次/(1～2)h，应用保护器具	被动肢体活动
口腔护理	每天2次	每天4次	随时
尿道口护理	每天2次	每天3次	每天3次
深静脉置管护理	—	每天2次	每天2次
皮肤护理	气垫床	气垫床，预防压疮	气垫床，预防压疮
护患比	1.0∶1.0	(1.0～1.5)∶1.0	(1.5～2.0)∶1.0

第五节　简化急性生理评分

简化急性生理评分（Simplified Acute Physiology Score，SAPS）也是评定危重患者病情严重程度的一种评分系统。它的发展经历SAPSⅠ～SAPSⅢ 3个阶段。1984年，由法国学者Le Gall等提出了SAPSⅠ，他通过对法国一综合医院679例患者的调查发现，SAPSⅠ比起其他的评价系统来说操作更简便、更省时；随后，Le Gall等在SAPSⅠ的基础上对12个国家137个ICU内的12 997例患者研究之后，于1993年提出了SAPSⅡ。欧美国家的大量研究表明，SAPSⅡ的校准度和分辨度都明显高于SAPSⅠ，目前在临床上SAPSⅡ使用较为广泛；然而一系列研究表明其在许多患者亚分组中缺乏标准，且常伴随着低估低风险患者的死亡率和高估高危险患者的死亡率的缺陷。2002年，Metnita等在对澳大利亚、中美、南美、欧洲等地309个ICU的22 791例患者的研究后，提出了SAPSⅢ。多篇文献表明，运用SAPSⅢ不仅可以计算患者得分并预测死亡率，还可以对不同地区ICU水平进行比较，能较好的弥补SAPSⅡ校准能力差的缺点，它具有科学的指标和优秀的预测能力。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. SAPSⅠ评分

它是在 APACHEⅠ的基础上简化而成的，见表 1-5-1。它由 14 项变量构成，每项 0～4 分，均取入住 ICU 后 24 小时内的最差值。各项分值最低分为 0 分，最高分为 56 分。各项分值之和即为 SAPSⅠ总分。

2. SAPSⅡ评分

它由两部分组成：SAPSⅡ评分和病死概率（Probability of Hospital Mortality，PHM）计算，见表 1-5-2。SAPSⅡ评分由 17 项变量构成，每项变量分值不等，最低 0 分，最高 26 分，总分 0～163 分。生理学变量仍取入住 ICU 后 24 小时内的最差值。总分越高，表示病情越重，预后越差。SAPSⅡ还给出了计算 PHM 的公式：$\text{logit}=\beta_0+\beta_1(\text{SAPSⅡ评分})+\beta_2[\ln(\text{SAPSⅡ评分}+1)]=-7.763+0.0737(\text{SAPSⅡ评分})+0.9971[\ln(\text{SAPSⅡ评分}+1)]$，$\text{PHM}=e^{\text{logit}}/(1+e^{\text{logit}})$，式中 e 为常数 2.7182818。

2. SAPSⅢ评分

它由两部分组成：SAPSⅢ评分和病死概率（PHM）计算，标准见表 1-5-3。SAPSⅢ评分表由 20 个变量组成。这 20 个变量分为 3 个亚组：亚组 1 包含 5 个变量：年龄、合并症、入院到入 ICU 的时间、入 ICU 前的位置、入 ICU 前的治疗。亚组 2 包括 5 个变量：入 ICU 的方式（计划或未计划）、入 ICU 的原因、入 ICU 前的手术情况、手术解剖部位、入 ICU 是否有感染及获得场所。亚组 3（入住 ICU 前后 1 小时内的生理紊乱范围和程度）包括 10 个变量：预测 Glasgow 昏迷评分最低值、总胆红素最高值、体温最高值、肌酐最高值、心率最高值、白细胞最高值、pH 最低值、血小板最低值、收缩压最低值、氧合指数或氧分压。第二部分是预测一定时期内的死亡率（SAPSⅢ评分预测的是出院死亡率），它是 3 个亚组相加对应的死亡率。SAPSⅢ评分和患者出院时的身体状况关系可以用以下公式表示：$\text{logit}=-32.6659+\ln(\text{SAPSⅢ评分}+20.5958)\times 7.3068$；预测死亡率的公式与 SAPSⅡ评分一致。

总之，SAPS 分值越高，提示病情越重，死亡率越高。目前，多篇文献表明 SAPSⅡ得分 40 分可作为病情严重程度的截断点，超过该截断点，提示病情越严重、死亡率明显增高，医护的关注、投入越多。

（二）适用范围及对象

主要适应于 ICU 患者，也可以用于急诊和普通病房，要求患者年龄≥18 岁，对大多数疾病都有普遍适应性。

（三）临床应用

SAPS 评分系列中在临床上应用最多的是 SAPSⅡ评分，它和 APACHEⅡ、MPMⅡ（病死概率模型）合称为第三代危重症病情评价系统。目前，SAPSⅢ评分在国外应用较多，但在国内尚未见报道。SAPS 评分主要应用方向为以下几个方面：

1. 评估疾病的严重程度，预测预后

吴曙华报道在对所在医院综合性 ICU 128 例患者研究发现，SAPSⅡ评分预测的院内死亡率与实际死亡率呈高度正相关，具有较好的应用价值。Tempe A 也证实 SAPSⅡ评分不仅

可以在内科系统使用，同时也可以很好地预测产科 ICU 的患者，有利于早期识别高风险的患者。

2. 与其他评分进行效能比较

由于 SAPS 评分是在 APACHE 的基础上诞生，国内外将 SAPS 评分与 APACHE 评分进行效能比较的报道较多。Vasilevskis EE 等就对 35 个医院 295 个 ICU 的研究发现，APACHEⅣ在预测患者住院时间的准确性要优于 SAPSⅡ评分。Fueqlistaler P 等也认为在多发伤预后评估中，SAPSⅡ、SOFA、TRISS 三者联合使用预测效果将更加准确。

3. 探讨评分与某些物质的关系

国内有作者对急性有机磷中度患者的研究后发现，血浆中的 P-选择素与 SAPSⅡ分值密切相关，它是 SAPSⅡ评分的独立预测因子，对指导临床治疗有重要意义。

4. 评分局限性

SAPSⅠ不能直接计算病死概率，现已被淘汰；SAPSⅡ评分具有应用简便、数据容易收集等优点，但各项变量计分较粗糙，未包含不同疾病的权重，同其他评分系统比较并无优越性。国内外有多篇文献报道，SAPSⅡ评分在某些方面的临床效能不如 APACHEⅡ～APACHEⅣ。SAPSⅢ评分的预测能力较 SAPSⅠ和 SAPSⅡ优越，它能弥补 SAPSⅡ校准能力较差的缺点，更具有外部的真实性。但也有研究报道：SAPSⅢ评分的变量未包括患者转出 ICU 后影响死亡率的那些因素。如果这方面有所改进，将进一步增加该评分系统在预测死亡率中的准确性。

二、应用举例

我们以吴荣、孟新科、杨衬发表的文章“SAPSⅡ评分在创伤 ICU 患者护理中的应用”[现代护理，2006，12（12）：1096－1097] 为例，进行评价分析。

（一）内容介绍

该研究将 71 例创伤 ICU 患者分为以 SAPSⅡ评分指导护理措施制定的 SAPSⅡ组（37 例）和对照组（34 例）。SAPSⅡ评分组患者动态进行 SAPSⅡ评分，并根据其评分进行护理资源的配置和护理措施的制定；对照组按常规由医生制定护理级别，护士按疾病种类和制定的相应护理级别的常规要求进行护理。比较两组患者住创伤 ICU 时间、医疗花费、住院期间并发症的发生率，以及护士对护理资源配置的满意度和患者出创伤 ICU 对护理工作的满意度的差异。结果发现 SAPSⅡ组患者住创伤 ICU 时间、医疗花费、并发症的发生率均明显低于对照组，两组比较差异均有统计学意义；SAPSⅡ组患者对护理工作的满意度以及护士对护理资源配置的满意度均明显高于对照组，差异有统计学意义。充分地说明 SAPSⅡ评分在制定创伤 ICU 患者护理措施中的应用，可以更好地指导护理资源的配置，合理制定相应的护理措施，从而提高医疗、护理质量，提高患者对护理工作的满意度。

（二）应用解析

该文也是一篇利用危重患者评分指导护理干预措施制定的文献。文章中表明 SAPSⅡ分值 40 分为病情变化和人力资源配置的截断点。40 分以上需加强人力，患者与护士的比例将超过 1∶1.5 或 1∶2。通过引入 SAPSⅡ评分能提高医疗、护理质量，提升患者满意度。由此可见，SAPSⅡ在护理的应用中具有较好的指导价值，同时也提示病情评价系统在临床护理工作中的应用潜力。笔者认为除了应用于护理干预措施指导外，还可以将多种评分同时应用于临床护理工作中，进行多种评分效能的比较研究。

表 1-5-1　　SAPS Ⅰ评分标准

变　量	分值 4	3	2	1	0	1	2	3	4
1　年龄（岁）					≤45	46～55	56～65	66～75	>75
2　心率（次/min）	≥180	140～179	110～139		70～109		55～69	40～54	<40
3　动脉收缩压（mmHg）	≥190		150～189		80～149		55～79		<55
4　体温（℃）	≥41	39～40.9		38.5～38.9	36～38.4	34～35.9	32～33.9	30～31.9	<30
5　自主呼吸频率(次/min)	≥50	35～49		25～34	12～24	10～11	6～9		<6
机械通气或持续气道正压								是	
6　24 小时尿量（L）			≥5	3.5～5	0.7～3.5		0.5～0.7	0.2～0.5	<0.2
7　血尿素氮（mmol/L）	≥55	36～54.9	29～35.9	7.5～28.9	3.5～7.4	<3.5			
8　血细胞比容（%）	≥60		50～59.9	46～49.9	30～45.9		20～29.9		<20
9　白细胞计数（$\times10^9$/L）	≥40		20～39.9	15～19.9	3～14.9		1～2.9		<1
10　血糖（mmol/L）	≥44.5	27.8～44.4		14～27.7	3.9～13.9		2.8～3.8	1.6～2.7	<1.6
11　血钾（mmol/L）	≥7	6～6.9		5.5～5.9	3.5～5.4	3～3.4	2.5～2.9		<2.5
12　血钠（mmol/L）	≥180	161～179	156～160	151～155	130～150		120～129	110～119	<110
13　血 HCO_3^-（mmol/L）		≥40		30～39.9	20～29.9	10～19.9		5～9.9	<5
14　格拉斯哥昏迷评分（GCS）					13～15	10～12	7～9	4～6	3

注：1. 第 5 项如果患者接受机械通气或持续气道正压，则统一取 3 分，自主呼吸频率不重复计分。
　　2. 第 14 项格拉斯哥昏迷评分（GCS）参见表 1-9-1，如果患者使用了镇静药，则应记录镇静前评估的格拉斯哥昏迷程度评分（GCS）。

表 1-5-2　　SAPS Ⅱ评分标准

变　量	分值 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	26
1　年龄（岁）	<40							40～59					60～69			70～74	75～79		≥80	
2　心率（次/min）	70～119		40～69		120～159			≥160				<40								
3　动脉收缩压（mmHg）	100～199		≥200			70～99								<70						

续表

变 量	分值 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	26
4 体温（℃）	<39			≥39																
5 氧分压/氧浓度（PaO_2/FiO_2）							≥200					<100								
6 24小时尿量(L)	≥1				0.5～1							<0.5								
7 血尿素（mmol/L）	<10						10～29.9				≥30									
或血尿素氮（mmol/L）	<10						10～29.9				≥30									
8 白细胞计数（$\times10^9$/L）	1～19.9			≥20									<1							
9 血钾（mmol/L）	3～4.9			<3或≥5																
10 血钠(mmol/L)	125～144	≥145				<125														
11 血 HCO_3^-（mmol/L）	≥20			15～19			<15													
12 总胆红素（μmol/L）	<68.4				68.4～102.6					≥102.6										
13 格拉斯哥昏迷评分	14～15					11～13		9～10						6～8						<6
14～16 慢性疾病										转移癌	血液恶性肿瘤								艾滋病	
17 入住ICU类型	择期手术						内科患者		急诊手术											

注：1. 第14～第16项，转移癌手术、CT或任何其他方法证实，血液恶性肿瘤指淋巴瘤、急性白血病或多发性骨髓瘤，艾滋病指HIV（人类免疫缺陷病毒）阳性伴有卡氏肺孢子虫肺炎、Kaposi肉瘤、淋巴瘤、结核或弓性虫感染等并发症。

2. 第17项，在24小时内进行手术者为急诊手术，至少在24小时以后进行手术者为择期手术，入住ICU 1周内不进行手术者为内科患者。

表1-5-3 SAPS Ⅱ评分标准

变 量	亚变量	分 值
亚组1		
年龄（岁）	<40	0
	40～60	5
	60～70	9
	70～75	13
	75～80	15
	≥80	18
合并症	癌症需要治疗	3
	血液系统癌症	6
	慢性心力衰竭4级	6
	硬化症	8
	AIDS	8
	癌症（未定癌）	11
入院到入ICU的时间（d）	<14	0
	14～28	6
	≥28	7
入ICU前的位置	紧急病房	5
	其他ICU	7
	其他（普通病房等）	8
入ICU前的治疗	心血管系统药物	3
亚组2		
入ICU的方式	计划	16
	未计划	19
入ICU的原因	心血管系统：心律紊乱*	−5
	神经系统：躁狂*	−4
	心血管系统：出血性休克、非出血性失血性休克	3
	消化系统：急性腹痛、其他	3
	神经系统：昏睡、昏迷、自闭症、失眠、混乱、过度兴奋、谵妄	4
	心血管系统：败血症性休克	5
	心血管系统：过敏性休克、混合性休克或未定型休克	5
	肝脏：肝衰竭	6
	神经系统：局灶性神经缺失	7

续表 1

变　量	亚变量	分　值
入 ICU 的原因	消化系统：重型胰腺炎	9
	神经系统：颅内占位效应	10
	其他	0
入 ICU 前的手术情况	择期手术	0
	未做手术	5
	紧急手术	6
手术解剖部位	移植手术：肝、肾、胰腺、肝肾、其他	−11
	单纯性外伤：胸、腹或四肢，复合性外伤	−8
	心脏手术：未做瓣膜修补的冠脉搭桥术	−6
	神经外科：脑血管意外	5
	其他	0
入 ICU 是否有感染及获得场所	院内获得性感染	4
	下呼吸道感染	5
亚组 3		
预测 GCS 昏迷评分(最低值，分)	3～4	15
	5	10
	6	7
	7～12	2
	≥13	0
总胆红素	<34.2μmol/L	0
	34.2～102.6μmol/L	4
	≥102.6μmol/L	5
体温（最高值,℃）	<35	7
	≥35	0
肌酐（最高值）	<106.1μmol/L	0
	106.1～176.8μmol/L	2
	176.8～309.4μmol/L	7
	≥309.4μmol/L	8
心率（最高值，次/min）	<120	0
	120～160	5
	≥160	7
白细胞（最高值，$\times 10^9$/L）	<15	0
	≥15	2

续表 2

变 量	亚变量	分 值
氢离子浓度（最高值，pH）	≤7.25	3
	>7.25	0
血小板（最低值，$\times10^9$/L）	<20	13
	20～50	8
	50～100	5
	≥100	0
收缩压（最低值，mmHg）	<40	11
	40～70	8
	70～120	3
	≥120	0
氧合指数或氧分压	PaO_2/FiO_2<100mmHg（有机械通气时）	11
	PaO_2/FiO_2≥100mmHg（有机械通气时）	7
	PaO_2<60mmHg（无机械通气时）	5
	PaO_2≥60mmHg（无机械通气时）	0

注："*"如心律失常和躁狂同时存在，则只取一个值－4。

第六节　多器官功能障碍综合征评分

多器官功能障碍综合征（Multiple Organ Dysfunction Syndrome，MODS）是由创伤、休克或感染等严重病损打击所诱发，机体出现与原发病损无直接关系的序贯或同时发生的多个器官的功能障碍。MODS是创伤及感染后最严重的并发症，是炎症反应失控的结果。因此，MODS的诊断应具备两个条件：全身炎性反应综合征和器官功能不全。

随着人们对MODS的认识逐渐深入，其诊断方法和标准也在不断变化。很多学者都试图提出其认为最合理的评分系统，但迄今为止，国内外对MODS尚无一致公认的诊断及严重程度评分标准。1995年，加拿大学者Marshall提出了MODS评分标准，评分与患者病死率呈正相关。1995年，国内学者王今达等人提出了庐山标准，并在全国危重病急救医学学术会议中通过。2005年，在全国首届高原与平原危重急症与多脏器功能障碍综合征兰州学术会议上，通过了H-MODS评分，研究证明：在高海拔地区，H-MODS病情结局的预测性、准确性高于其他标准，对指导治疗更有帮助。2007年，王超等通过对国内11省（市）37家三级医院ICU收治的1087例MODS患者的研究，结合了前3种评分的特点，建立了适应中国国情的MODS评分。本章将介绍此4种评分。

一、评分介绍

(一) 评分方法

1. MODS 评分(1995 年 Marshall 标准)

该评分反映呼吸系统、肾脏、肝脏、心血管系统、血液系统、神经系统 6 个器官系统的情况,每个系统分别有其相对应的变量,每个变量按器官功能损害程度分别计为 0～4 分,0 分代表器官功能正常,4 分代表器官功能损伤最严重,各脏器评分之和即为 MODS 总分,得分越高,代表病情越严重,标准见表 1-6-1。

表 1-6-1　　MODS 评分(1995 年 Marshall 标准)

器官系统	变量	分值				
		0	1	2	3	4
1 呼吸系统	血氧分压/吸氧浓度(mmHg)	>300	226～300	151～225	76～150	≤75
2 肾脏	血清肌酐(μmol/L)	≤100	101～200	201～350	351～500	>500
3 肝脏	血清总胆红素(μmol/L)	≤20	21～60	61～120	121～200	>240
4 心血管系统	压力校正心率(次/min)	≤10	10.1～15	15.1～20	20.1～30	>30
5 血液系统	血小板计数($\times 10^9$/L)	>120	81～120	51～80	21～50	≤20
6 神经系统	格拉斯哥昏迷评分(GCS)	15	13～14	10～12	7～9	≤6

注:1. 压力校正心率(Pressure-adjusted Heart Rate,PAHR)=心率(HR)×右心房压或中心静脉压(RAP)/平均动脉压(MAP)。

2. 格拉斯哥昏迷程度评分(GCS):如果患者使用镇静或肌肉松弛剂,记录使用之前的格拉斯哥昏迷评分。

2. MODS 评分(1995 年庐山标准)

该评分涵盖了外周循环、心脏、肺脏、肾脏、肝脏、胃肠道、凝血功能、脑、代谢 9 个器官或系统,每个器官或系统分别有其对应的诊断依据,各按器官功能损害程度分别计 1～3 分,1 分代表器官功能受损,2 分代表衰竭早期,3 分代表衰竭晚期,得分越高,代表病情越严重。标准见表 1-6-2。

表 1-6-2　　MODS 评分(1995 年庐山标准)

受累脏器	诊断依据	评分
1 外周循环	无血容量不足;平均动脉压≈60mmHg;尿量≈40mL/h;低血压时间持续 4 小时以上	1
	无血容量不足;平均动脉压<60mmHg,但>50 mmHg;尿量<40mL/h,但>20mL/h;肢端冷或暖;无意识障碍	2
	无血容量不足;平均动脉压<50mmHg;尿量<20mL/h;肢端冷或暖;多有意识恍惚	3
2 心	心动过速;体温升高 1℃;心率升高 15～20 次/min;心肌酶正常	1
	心动过速;心肌酶(肌酸肌酶、天门冬氨酸氨基转氨酶、乳酸脱氧酶)异常	2

续表 1

受累脏器	诊断依据	评分
心	室性心动过速；室颤；Ⅱ～Ⅲ度房室传导阻滞；心跳骤停	3
3　肺	呼吸频率 20～25 次/min；吸空气动脉血氧分压≤70mmHg，但＞60mmHg；动脉血氧分压/吸氧浓度≥300mmHg，肺泡-动脉血氧分压差＞25～50 mmHg；X 线胸片正常（具备 5 项中的 3 项即可确诊）	1
	呼吸频率＞28 次/min；吸空气动脉血氧分压≤60mmHg，但＞50mmHg；动脉血二氧化碳分压＜35mmHg；动脉血氧分压/吸氧浓度≤300 mmHg，但＞200mmHg；肺泡-动脉血氧分压差＞100mmHg；X 线胸片示肺泡实变≤1/2 肺野（具备 6 项中的 3 项即可确诊）	2
	呼吸窘迫，呼吸频率＞28 次/min；吸空气动脉血氧分压≤50mmHg；动脉血二氧化碳分压＞50mmHg；动脉血氧分压/吸氧浓度≤200 mmHg；肺泡-动脉血氧分压差＞200 mmHg；X 线胸片示肺泡实变≥1/2 肺野（具备 6 项中的 3 项即可确诊）	3
4　肾	无血容量不足；尿量≈40mL/h；尿钠、血肌酐正常	1
	无血容量不足；尿量＜40mL/h，但＞20mL/h；利尿剂冲击后尿量可增多；尿钠 20～30mmol/L；血肌酐≈176.8μmol/L	2
	无血容量不足，无尿或少尿（＜20mL/h，持续 6 小时以上；利尿剂冲击后尿量不增多；尿钠＞40mmol/L；血肌酐＞176.8μmol/L。非少尿型肾衰者：尿量＞600mL/h。但血肌酐＞176.8μmol/L，尿相对密度（比重）≤1.012	3
5　肝脏	丙氨酸氨基转移酶＞正常值 2 倍以上；血清总胆红素＞17.1μmol/L，＜34.2μmol/L	1
	丙氨酸氨基转移酶＞正常值 2 倍以上；血清总胆红素＞34.2μmol/L	2
	肝性脑病	3
6　胃肠道	腹部胀气；肠鸣音减弱	1
	高度腹部胀气；肠鸣音近于消失	2
	麻痹性肠梗阻；应激性溃疡出血（具备两项中一项者即可确诊）	3
7　凝血功能	血小板计数＜100×10⁹/L；纤维蛋白原正常；凝血酶原时间及凝血酶时间正常	1
	血小板计数＜100×10⁹/L；纤维蛋白原≥2.0～4.0g/L；凝血酶原时间及凝血酶时间比正常值延长≤3 秒；优球蛋白溶解试验＞2 小时；全身出血不明显	2
	血小板计数＜50×10⁹/L；纤维蛋白原＜2.0g/L；凝血酶原时间及凝血酶时间比正常值延长＞3 秒；优球蛋白溶解试验＜2 小时；全身出血表现明显	3
8　脑	兴奋及嗜睡；语言呼唤能睁眼；能交谈；有定向障碍；能听从指令	1
	疼痛刺激能睁眼；不能交谈，语无伦次；疼痛刺激有屈伸或伸展反应	2
	对语言无反应；对疼痛刺激无反应	3

续表 2

受累脏器	诊断依据	评分
9 代谢	血糖＜3.9mmol/L 或＞5.6mmol/L；血钠＜135mmol/L 或＞145mmol/L；pH<7.35 或>7.45	1
	血糖＜3.5mmol/L 或＞6.5mmol/L；血钠＜130mmol/L 或＞150mmol/L；pH<7.20 或>7.50	2
	血糖＜2.5mmol/L 或＞7.5mmol/L；血钠＜125mmol/L 或＞155mmol/L；pH<7.10 或>7.55	3

3. H-MODS 评分（2005 年兰州标准）

该评分系统由肺、收缩压、脑、肾、血、胃肠、代谢血糖、血钠、肝 9 个方面的生理参数构成。每个脏器按器官功能损害程度分别计为 0～4 分，0 分表示器官功能无损害，1～2 分表示器官衰竭前期，3～4 分表示为器官衰竭期，各脏器评分之和即为 MODS 总分，得分越高，代表病情越严重，标准见表 1-6-3。

高原地区多器官功能障碍综合征的诊断标准包括以下 3 方面：①有原发性病或伤因素打击，急性起病，无心源性肺水肿证据。②高原发病有典型急性高原反应症，救治 24 小时无效或加重者。③实验项目不全但可满足表中 3 个或以上系统器官评分标准者。说明：①以上 3 个条件中，1、2 条中必备其中 1 条。②8 个脏器中任何 3 个脏器满足评分者即可做出诊断。③8 个系统器官损伤评分，可任选其中 6 个系统器官进行评估，最高积分为 24 分。

表 1-6-3　H-MODS 评分（2005 年兰州标准）

脏器	衰竭前期评分			衰竭期评分	
	0	1	2	3	4
1 肺动脉血氧分压/吸氧浓度（mmHg）	≥250	240～170	169～120	119～75	≤74
2 收缩压（mmHg）	≥90	<89	小量扩容＋心血管活性药≥90	连续扩容＋心血管活性药≥90	连续扩容＋心血管活性药<89
3 脑（GCS）	15	13～14	10～12	8～9	≤7
4 肾（Cr，μmol/L）	≤100	101～150	151～220	221～300	≥301
5 血小板（PLT，$\times 10^9$/L）	≥130	90～129	70～89	40～69	≤39
6 胃肠	肠鸣音正常 无自觉腹胀	肠鸣音 腹胀	腹胀痛 潜血试验(＋)	急性胆囊炎 胰腺炎 潜血试验>(＋＋)	应激性消化道出血
7 代谢血糖（mmol/L）	3.9～6.5	≤3.8 或≥7.0	≤3.0 或≥9.0	≤2.5 或≥11.0	>13.0
8 血钠（mmol/L）	135～145	≤134 或≥146	≤130 或≥150	≤125 或≥155	≤110 或≥160
9 肝（Tbil，μmol/L）	≤19	20～40	41～60	61～80	>81

4. MODS 评分（2007 年王超标准）

该评分系统纳入的脏器系统主要有 7 个，分别是心血管、肺、脑、凝血、肝脏、肾脏和胃肠。每个脏器均有相对应的指标，每个指标按照取值范围被赋予 0～4 分的分值，0 分代表该器官功能正常，4 分代表该器官功能损伤最严重。各脏器评分之和即为 MODS 总分，得分越高，代表病情越严重。研究证明，该评分能较准确地预测死亡概率，指导临床治疗，标准见表 1-6-4。

表 1-6-4　MODS 评分（2007 年王超标准）

脏器系统	指标	评分分值				
		0	1	2	3	4
1 心血管	收缩压（mmHg）	≥90	75～89	65～74	≤64	
2 肺	氧合指数（mmHg）	≥300	260～299	190～259	90～189	≤89
3 脑	意识状态	清楚	躁动或淡漠	嗜睡或浅昏迷	深昏迷	
4 凝血	血小板（$\times10^9$/L）	≥100	80～99	60～81	≤59	
5 肝脏	血清总胆红素（μmol/L）	≤22.2	22.3～34.1	34.2～102.5	102.6～203.4	≥203.5
6 肾脏	血肌酐（μmol/L）	≤124	125～177	178～265	266～486	≥487
7 胃肠	肠鸣音和消化道出血	肠鸣音减弱，便潜血阴性，无呕血或黑便	肠鸣音减弱或消失，或者便潜血阳性	肠鸣音减弱或消失，便潜血阳性	肠鸣音减弱或消失，有黑便或呕血	

（二）适用范围及对象

该评分系统适用于各种疾病导致的 MODS 患者。

（三）临床应用

1. 脏器衰竭的评价

危重患者脏器功能失常经常以衰竭脏器的数量而非脏器功能失常的总的程度来描述。为此，Marshall 等以 MODS 评分中每一脏器系统变量的得分≥3 分作为该脏器系统衰竭的标准，研究了 MODS 评分与衰竭脏器系统的数量及 ICU 患者病死率之间的关系，结果发现衰竭脏器系统的数量及 ICU 患者病死率均随着 MODS 评分的增加而上升。也就是说，MODS 评分与衰竭脏器系统的数量成正比，因而能较准确地反映危重患者脏器功能失常的程度。

2. 患者住 ICU 期间脏器功能失常衍变过程的评价

要使用一种脏器功能失常评分作为患者入 ICU 后结局的一种量化指标，非常重要的一点就是要证实此种评分既能对患者住 ICU 晚期发生的各种病情变化进行量化分析，也能以与急性生理与慢性健康状况评价系统（APACHE）及简化急性生理评分方法（SAPS）等系统相似的方式评价患者早期的病情严重程度。Marshall 等测定了患者入 ICU 至出现严重脏器功能失常或衰竭（脏器功能失常评分≥3 分）时的时间（简称 AMT），结果表明：①每一脏器系统的 AMT 各不相同，最早出现脏器功能失常的是呼吸系统，其次是血液系统，最迟出现的是肝脏。②临床上重要的脏器功能失常往往出现在患者入住 ICU 的早期，而非晚期，因此，临床上应注意早期预防脏器功能失常的发生。③ICU 患者的病死率及入住 ICU 的时

间，以呼吸系统衰竭者最低和最短，以神经功能衰竭者最高和最长。

3. 评分的比较及联合使用

邓烈华等将 PCT（前降钙素）、APACHEⅢ评分、MODS 评分对 SIRS 患者预后的预测能力进行比较，发现 MODS 评分、APACHEⅢ评分的预测准确性要高于 PCT 水平的预测。周利平、邓跃林等认为将 MODS 评分联合 APACHEⅡ用于评价危重病并发 MODS 的患者，其预测的准确性优于两种评分系统单独应用。

二、应用举例

我们以周利平、邓跃林发表的“APACHEⅡ评分引入 MODS 评分系统对急诊内科危重患者预后的预测价值”[中国现代医学杂志，2004，14（9）：116－118] 为例，来说明 MODS 的临床应用。

（一）内容介绍

该文作者为了验证 APACHEⅡ评分对病情的评价及预后的预测价值，同时探讨引入 MODS 评分对评价系统的作用，对 287 例急诊内科危重患者进行 APACHEⅡ评分并计算病死危险度，MODS 评分及其两者之和的总得分；应用接受者操作特征曲线下面积（AUROCC）比较 3 种评分的分辨能力。结果发现存活组与死亡组之间的 APACHEⅡ和 MODS，总分值差异有统计学意义，APACHEⅡ对群体的预计病死危险度与实际病死率之间差异无统计学意义；无 MODS 组预计病死危险度高于实际病死率；MODS 组预计病死危险度低于实际病死率，3 种评分的 ROC 曲线下面积比较，总分具有最大的 ROC 曲线下面积，其预测存活与死亡的分辨度最好。说明 APACHEⅡ评分可以比较好地预测急诊内科危重患者群体的预后；但是对 MODS 患者预测结果偏低，MODS 评分的引入可提高预测存活与死亡的能力。

（二）应用解析

从此篇文章可以看出，MODS 评分的引入能提高 APACHEⅡ评分预测预后的能力，具有增加评分效能的作用。MODS 评分系统与既往的病情评价系统不同，它是一种结局的测量尺度。临床上，心肌梗死、肺栓塞、贫血性出血等疾病常可导致患者在未出现明显的脏器功能失常之前死亡，MODS 评分预测此类患者死亡的能力总是较差。另外，不同作者创造的 MODS 评分在某些方面都有其不足之处。因此，在病情评价中，建议 MODS 评分与其他非特异性病情评价系统（如 APACHE、SAPS）联合使用，可以提高预测的准确性。

第七节　感染相关性器官功能衰竭评分

20 世纪 90 年代初 MODS 被提出，相应的评分系统也随之出现。1994 年，欧洲重症医学委员会（European Society of Intensive Care Medicine，ESICM）的学者们就在巴黎提出了感染相关性器官功能衰竭评价系统（Sepsis-related Organ Failure Assessment，SOFA），或称序贯器官衰竭评估（Sequential Organ Failure Assessment，SOFA）。其创建的原则：寻找一个客观而简单的方法并能以连续的形式描述单个器官的功能障碍或衰竭，同时能评价从轻微的功能障碍到重度衰竭的程度，能在临床研究中反复计量单个或全体器官功能障碍的发生发展，由此确定描述器官功能障碍或衰竭的特征。它的提出纠正了以前如 APACHEⅡ、

SAPS 评分系统将器官衰竭描述成“有”或“无”的情况，并将死亡率作为临床试验评价的唯一指标。

一、评分介绍

（一）评分方法

SOFA 评分将器官功能失常或衰竭评价系统所包含的脏器系统数量限定为 6 个：呼吸系统、血液系统、肝脏、心血管系统、中枢神经系统、肾脏；每一个脏器系统的分值均为 0 分（正常）～4 分（最差），总分为 0～24 分；每天记录一次最差值，见表 1－7－1。SOFA 的分值越高，表示病情越重，预后越差。

表 1－7－1　SOFA 评分标准

器官系统	变量	分值			
		1	2	3	4
1 呼吸	动脉血氧分压／吸氧浓度（mmHg）	＜400	＜300	＜200（呼吸机支持）	＜100（呼吸机支持）
2 血液	血小板计数（$\times 10^9$/L）	＜150	＜100	＜50	＜20
3 肝脏	血清总胆红素（μmol/L）	20～32	33～101	102～204	＞204
4 心血管	低血压状态	平均动脉压＜70mmHg	多巴胺≤5 或任何剂量的多巴酚丁胺	多巴胺＞5 或肾上腺素≤0.1 或去甲肾上腺素≤0.1	多巴胺＞15 或肾上腺素＞0.1 或去甲肾上腺素＞0.1
5 神经	格拉斯哥昏迷评分	13～14	10～12	6～9	3～5
6 肾脏	肌酐（μmol/L）	110～170	171～299	300～440	＞440
	尿量（mL/d）			＜500	＜200

注：1. 第 4 项为心血管系统，拟肾上腺素药至少持续用 1h [剂量单位为 μg/(kg・min)]。

2. 格拉斯哥昏迷评分：如果患者使用镇静或肌肉松弛剂，记录使用之前的格拉斯哥昏迷评分。

3. 第 6 项肾脏评分由肌酐和尿量两个变量决定，其评分为单个变量的最大评分，不累计积分。

SOFA 评分与其他评分系统的区别：SOFA 评分并不是为了预测危重患者的结局，而是为了描述危重患者一系列并发症而设计的。虽然，任何一种病情评价系统都必须在某种程度上与病死率相关，但是，SOFA 评分并不是根据病死率来描述脏器功能失常或衰竭的。因此，SOFA 评分并不能与现有的评价系统进行比较，而只能作为它们的补充。SOFA 评分与常见评分系统的区别，见表 1－7－2。

表 1-7-2　SOFA 评分与常见病情评价系统的区别

其他评分系统	SOFA 评分
1. 评价病死率危险性	1. 评价发病率
2. 目的是预测	2. 目的是描述
3. 常常较复杂	3. 简单、易于计算
4. 不能在患者入 ICU 早期对其每一个脏器功能失常或衰竭的程度进行分别评价	4. 可以每天对患者的每一个脏器功能失常或衰竭的程度进行分别评价

（二）适用范围及对象

SOFA 评分早期用于描述 MODS 的发生、发展的过程，适用于感染或非感染因素导致的脏器功能失常或衰竭的评价，现在扩展到评价病情和预测死亡率。

（三）临床应用

1. 评价危重患者器官功能障碍的发生、严重程度及预后

SOFA 评分被提出后，许多学者通过多中心、前瞻性的临床研究，肯定了评分对危重患者的器官功能障碍的发生及严重度的评估能力。1995 年，欧美危重病病情严重度研究学会在 1643 例全身感染患者中研究了入 ICU 时的 SOFA 评分与病死率之间的关系，结果证明，此类患者的病死率随着每一脏器的 SOFA 评分的升高而上升，认为 SOFA 与危重病的预后有较好的相关性。Ceriani 等评价 SOFA 在心脏外科患者的应用，比较分析存活和死亡病例的 SOFA 评分，发现有助于确定术后并发症的严重程度，提示 SOFA 与预后有关。Ferreira 等研究了连续监测 SOFA 评分对 ICU 患者预后的评价，结果提示无论入室的患者 SOFA 评分多少，只要 SOFA 总分在 48 小时之内升高就可提示 50%的病死率。

2. 评价新的治疗方法对器官功能障碍或衰竭过程的影响

Moreno 等报道了进入 ICU 后的患者，在 10 天内，死亡组患者每个器官系统的每天平均分均高于存活组，SOFA 总分比较结果也相同；随着进入 ICU 后器官衰竭数目增加，死亡率也相应提高；同时发现 deta-SOFA（最大 SOFA 之和减去入院时 SOFA 之和）对死亡与存活的分辨能力比最大 SOFA 之和低，也比入院时 SOFA 之和低，其 ROC 曲线下面积分别为 0.742、0.847、0.772，这提示最大 SOFA 之和是很重要的预后指标，可评价治疗方法对全部或特定器官发病率的影响。

3. 评分局限性

有文献报道 SOFA 评分单纯采用胆红素水平评价肝脏功能具有片面性，而且缺乏特异性，不能区别急性肝衰竭与慢性肝损害。ICU 中危重患者有时需要应用镇静剂，因此神经系统评分优势难以进行。SOFA 的神经系统评分是基于格拉斯哥昏迷评分，没有考虑到危重患者可能出现的严重神经功能障碍的情况，如中风或神经肌肉功能障碍或衰竭等。因此，SOFA 评分在评估神经系统功能中的作用尚有争议。

二、应用举例

我们以章凌华、乐革芬发表的文章“4 种危重评分系统在老年急性腹膜炎患者预后评估中应用的比较”[中华护理杂志，2007，42（11）：1004-1006] 为例，进行应用分析。

（一）内容介绍

为了比较4种危重评分系统APACHEⅡ、SOFA、MPI、MOF在老年急性腹膜炎患者预后评估中的价值，以便更好的对此类患者采取相应的护理措施。该研究收集2004年12月至2006年11月ICU的老年急性腹膜炎患者80例，计算入院时4种危重评分系统的评分：急性生理与慢性健康评分系统（APACHEⅡ）、序贯器官衰竭评估（SOFA）、曼式腹膜炎指数（MPI）、多器官衰竭评分方法（MOF）。统计患者病死率，观察分段区间的并发症发生率和病死率变化。计算ROC曲线下面积衡量各评分系统的效力。结果发现，评分APACHEⅡ=19，SOFA=8，MPI=30，MOF=7，与患者不良预后明显相关。评分APACHEⅡ≥20、SOFA≥12、MPI≥39的患者全部死亡，而评分APACHEⅡ≤15、SOFA≤7、MPI≤27、MOF≤7的患者预后良好，随着评分分值的升高，并发症发生率和病死率也相应升高，比较差异均有统计学意义，4种评分曲线下面积分别为0.891、0.915、0.850、0.745。作者得出结论：4种危重评分系统有利于老年急性腹膜炎患者预后的评估，以APACHEⅡ和SOFA评分为优，对采取合理有效的干预措施有指导意义。

（二）应用解析

该文是SOFA评分在病情评价中的一个很好的实例，说明SOFA评分对老年急性腹膜炎的评估有较好的应用价值。同时也为老年急性腹膜炎患者的日常护理提供了指导依据。分值持续升高，提示患者的病情可能在加重，死亡危险度增加，要求临床护士提高警惕，集中优势护理力量采用相对应的措施确保救治工作到位；若评分持续下降，说明患者的病情在逐步的好转，从而可以减少医疗资源的分配和治疗检查措施。在欧美等国家，为危重疾病进行评分非常流行和广泛，甚至已成为常规。而在我国，SOFA评分使用并不广泛，查阅中国知网近5年的文献，报道SOFA评分在护理中的应用仅此1篇。因此，SOFA评分的使用价值、临床意义非常具有研究潜力。

第八节　多器官功能障碍综合征细胞损伤评分

多器官功能障碍综合征的病理生理学基础是各脏器的细胞损伤。因此，可以用能够表示细胞损伤程度的变量对器官功能障碍综合征的患者病情严重程度进行准确的评价。1989年，日本学者Hirasawa等首先提出了细胞损伤评分（Cellular Injury Score，CIS）。

一、评分介绍

（一）评分方法

CIS的评分标准，见表1-8-1。它由3个不同的细胞代谢变量组成：动脉血酮体比（Arterial Ketone Body Ratio，AKBR），血浆渗透压差（Osmolality Gap，OG）及动脉血乳酸浓度（Blood Lactate，BL）。AKBR是指动脉血中乙酰乙酸盐与β-羟丁酸盐的比率，它反映肝细胞线粒体内的氧化还原状态；OG是指血浆渗透压的测量值与计算值之间的差值，它是表示用常规方法不能测量出的、由损伤细胞溢出的溶质数量的一种最佳变量；动脉血乳酸浓度是临床上常用的反映组织缺氧的一个指标。该评分每个变量分值均为0～3分，总分为0～9分。分值越大，表明细胞受损的程度越重，脏器功能受损及患者的病情越重，预后也越差。

表 1-8-1　　CIS 评分标准

变量	分值			
	0	1	2	3
动脉血酮体比	>0.71	0.70～0.41	0.26～0.40	<0.25
血浆渗透压差 [mOsm/(kg·H_2O)]	<2.2	2.3～10.0	10.1～20.0	>20.1
血乳酸浓度（mg/dL）	<16	17～25	26～50	>51

（二）适用范围及对象

COS 主要用于评价休克、MODS 患者（成人）的病情。

（三）临床应用

CIS 是为评价 MODS 患者的病情严重程度所设计的，能够准确评估合并有脏器功能衰竭的患者的病死危险度。早在 1989 年，Hirasawa 等就证明 CIS 能够准确地预测脏器衰竭患者的结局，通过对危重患者 CIS 值变化的观察，可以决定何时开始抗衰竭脏器治疗。1998 年，Oda 等人又报道 CIS 用于 157 例多脏器衰竭患者病死率预测及个体患者病情评价的前瞻性研究结果，发现 CIS 与病死率呈明显正相关关系，CIS 0～1 分患者病死率 6.7%，8～9 分为 100.0%。治疗过程中最大 CIS 预测病死率的最佳分割点为 4 分，也就是说低于 4 分，存活可能性大；高于 4 分，病死率增加。

CIS 虽然是一种很好的多脏器衰竭评分系统。但是，对于病程超过 2 周的多脏器衰竭死亡患者，CIS 的变化不能真实地反映其病情变化，因而不能作为其细胞功能障碍严重程度的一个描述指标。因为：①在病程超过 2 周的多脏器衰竭患者中，有 2/3 的患者因急性肾衰竭或肝衰竭接受了持续血液滤过或血浆置换，因此，计算 CIS 所需测量的血浆内物质浓度受到血浆置换的影响，使 CIS 不能反映此类患者细胞内代谢的正确状态。②多脏器衰竭患者在长期治疗过程中，其重要脏器内的细胞已经受到损害。所以，只有很少量的细胞内代谢状态影响 CIS 的结果。

二、应用举例

我们以 Oda S，Hirasawa H 等发表的“*Evaluation of severity in shock*”[*Nippon Geka Gakkai Zasshi*，*1999*，*100*（*10*）：*652-655*] 为例，进行应用分析。

（一）内容介绍

休克是由于重要器官的衰竭和各种体液介质的干扰导致，多器官功能衰竭即为一种病理生理条件后的休克，有效的评估休克的严重程度即可了解器官衰竭的严重程度，因此作者使用 CIS 评分系统对患者进行包括动脉酮体比率（AKBR）、渗透压间隙、血乳酸水平三个参数的评分来准确的评价患者的休克严重程度。研究发现，CIS 是一个评估休克病理生理基础的有效评价系统。

（二）应用解析

CIS 能够有效的反应休克和 MODS 的严重程度，此外，对于预测患者的结果和预后以及病情的发展都有十分重要的价值，比传统的方法更准确。但由于很多普通医院的化验室很少能全面完成上述 3 个参数的测定，大大制约了 CIS 评分在临床中的使用。笔者查阅文献发现关于 CIS 评分的报道数量较少，在国内也未见有相关的报道。该文作者认为：CIS 评分的

应用价值还有待进一步的临床研究和考证。

第九节　格拉斯哥昏迷评分及格拉斯哥预后评分

近年来因车祸、意外伤害等所致颅脑损伤者日益增多，且大部分病情较重，但对重度颅脑损伤昏迷患者脑功能恢复及判断预后目前尚缺少客观的指标。为了便于临床医生客观、准确地评价重度脑损伤患者的病情，人们制定了许多用于评价病情和判断预后的评分系统。1974年格拉斯哥大学的 Graham Teasdale 和 Bryan J. Jennett 制定了格拉斯哥昏迷量表（Glasgow Coma Scale，GCS）。开始这种指标仅用于脑外伤患者，随后它被广泛应用于中枢神经系统损伤和意识障碍状态的评定。1975年，由 Jennett 及 Bond 提出一种对严重脑外伤患者预后的评分标准，即格拉斯哥预后评分（Glasgow Outcome Scale，GOS）。GCS、GOS经常联合应用，是国内外神经科使用最多的评分方法之一。

一、评分介绍

（一）评分方法

格拉斯哥昏迷评分从睁眼、言语反应、运动反应3个方面进行评定，总分为3～15分，见表1-9-1。GCS评分标准：15分，正常；<7分，昏迷；<3分，脑死亡；13～14分，轻度昏迷；9～12分，中度昏迷；<8分，重度昏迷。GCS评分时按照患者睁眼反应、言语反应、运动反应实际情况进行相应的赋值，各项目分数之和即为该患者的GCS总分。格拉斯哥预后评分共赋值5分，评分时通过患者的综合情况，生命体征、高级智能活动以及语言活动、肢体活动、共济运动等体格检查进行赋值，分值越高预后越好，见表1-9-2。

GCS评分在使用时常受多种干扰因素影响，因此应注意以下几点：①有骨折时评估运动反应，可嘱患者伸舌。②插管不能言语时嘱患者睁眼、闭眼。③疼痛刺激方法按压眶上神经、用拳头刺激胸骨、捏肩部肌肉、捏耳垂等。也有人认为睁眼的疼痛刺激应避免压迫眶上和下颌角，这样易出现闭眼反应。④ 言语项目评分在短期内可以忽略不计，这不仅解决了失语症或气管插管者言语评分或假定计分的问题，而且避免了因存在不能言语评分而降低GCS可靠性的难题。⑤评分时排除药物作用的影响，止惊药和肌肉松弛剂可以影响GCS的结果，因此需在用药前或药效消失后进行。⑥排除低氧血症和二氧化碳潴留的影响，应给予充分吸氧，吸痰后再进行评定。

表1-9-1　格拉斯哥昏迷评分（GCS）

睁眼反应	评分	言语反应	评分	运动反应	评分
自动睁眼	4	回答切题	5	按吩咐动作	6
呼唤睁眼	3	回答不切题	4	刺痛能定位	5
刺痛睁眼	2	答非所问	3	肢体回缩	4
不睁眼	1	只能发音	2	肢体屈曲	3
		不能言语	1	肢体过伸	2
				不能运动	1

表1-9-2　格拉斯哥预后评分（GOS）

描　述	评分
死亡	1
植物状态：无意识，有心跳和呼吸，偶有睁眼、吸允、哈欠等局部运动反应	2
严重残疾：有意识，但认知、言语和躯体运动有严重残疾，24小时均需他人照料	3
中度残疾：有认知、行为、性格障碍；有轻度偏瘫、共济失调、言语困难等残疾，在日常生活、家庭与社会活动中尚能勉强独立	4
恢复良好：能重新进入正常社交生活，并能恢复工作，但可有各种轻后遗症	5

（二）适用范围及对象

GCS和GOS适用于内外科患者，一般在颅脑损伤、中枢神经系统损伤、脑血管意外、意识障碍等患者中应用较多。其适用场所非常广泛，在各级医院均可使用。

（三）临床应用

1. 判断脑外伤及脑血管病严重程度并估计其预后的重要方法

徐来长等对所在医院内科2002～2008年收治的30例危重昏迷患者的预后进行总结性分析，发现GCS对脑血管病的预后估计较其他内科疾病更为可靠。对于脑外伤及脑血管意外患者，GCS愈低，生存率愈低，有学者做过统计，GCS为3～5分者，死亡率为81.3%；GCS为6～8分者，死亡率为50%；GCS为9～15分者，死亡率仅为11%。该组30例GCS均在3～5分，脑血管病组15例死亡率为93.33%，也正遵循这样的规律；而杂病组15例死亡率仅为13.33%，结果却与之大相径庭。对脑血管病而言，GCS为3～5分，反映其脑组织已受损严重。GCS比较客观地反映了脑血管病患者大脑受损的严重程度，因此可作为判断预后的重要指标。潘天鸿也报道GCS和GOS联合应用，临床应用价值更强。

2. 连续动态观察病情，为患者的护理提供准确的依据

李成英对危重颅脑损伤意识障碍患者进行GCS评分，并对结果进行分析，发现在严密观察意识、瞳孔、生命体征的同时，进行GCS评分，能够准确及时地反映患者病情变化。GCS评分逐渐上升，为病情好转的标志；GCS升降不定，说明病情反复；GCS持续下降，说明病情加重。这样有利于制定护理计划，采取不同的护理措施，及时有效地进行护理。

3. 作为临床研究资料分组依据

贾丛林、斯志萍等将其研究的192例颅脑损伤患者依据格拉斯哥评分（Glasgow Coma Scale，GCS）、出院后3个月格拉斯哥预后评分（Glasgow Outcome Scale，GOS）依次分组。根据创伤的严重性分组：①根据入院时患者GCS评分，分为轻型（13～15分）、中型（9～12分）及重型（3～8分）3组，受伤24小时内采血进行hCRP、IL-1B（白介素-1B）及IL-6（白介素-6）检测。随机抽取35例重度颅脑损伤患者住院期间动态观察hCRP、IL-1B及IL-6的动态演变，对病情的严重程度进行分析。②根据临床预后分组：根据患者伤后3个月GOS评分，将该组资料分为预后良好组（GOS≥4）和预后不良组（GOS<4），分析hCRP（高酸C-反应蛋白）、IL-1B及IL-6与预后的关系。

二、应用举例

我们以彭冬华、吴建新等发表的文章"外伤性颅脑损伤昏迷患者术后 BIS 监测及其意义"[医学临床研究，2010，27（3）：496-497] 为例说明 GCS、GOS 的临床应用。

（一）*内容介绍*

该研究随机选择 42 例颅脑损伤昏迷患者，分别于手术前进行 GCS 评分，手术后进行 GOS 评分并于麻醉手术前、手术中和手术后不同时段监测并记录双频谱指数（Bispectral Index，BIS）值，将术前 GCS 评分、术后 GOS 评分与 BIS 值进行相关性分析。结果发现：手术前与手术后相比，BIS 有明显差异，手术前 GCS 评分与手术前 BIS 有正相关关系（$r=0.783$）；手术后 GOS 评分与术后 BIS 有正相关关系；BIS 值与昏迷患者预后有正相关关系。

（二）*应用解析*

从文中看出，该文是将 GCS 和 GOS 评分作为客观判断指标来评定 BIS 监测的应用价值。结果表明：BIS 值与术前 GCS、术后 GOS 均呈正相关关系，数值越大，越趋于清醒，反之，则提示患者大脑皮质损伤或抑制愈严重。因此得出结论，BIS 值与昏迷患者预后有正相关关系。目前，GCS 和 GOS 应用非常广泛，是临床上用于评定患者神志的必备工具，具有很强的临床应用价值。

第十节　小儿危重病例评分方法

客观评估患儿病情严重程度，对现代医学的发展有重要意义，患儿年龄大小、疾病的不同发展阶段、治疗及时与否、治疗方法是否得当等多种因素与疾病的严重程度都有密切关系。国内学者也主张用评分法评估患儿疾病严重程度。1984 年国内 ICU 成立初期，由上海市儿童医院等 13 个单位共同拟定了"危重病例评分法试行方案"。1995 年中华医学会儿科学会急诊学组及中华医学会急诊学会儿科学组，总结了这一方案的使用情况，制定了"小儿危重病例评分法"（Pediatric critical illness score，PCIS）。1999～2000 年该学会组提出了在一定条件下简化 PCIS 的方法，为在国内儿科急诊领域，特别是基层医院推广应用 PCIS 奠定了基础。

一、评分介绍

（一）*评分方法*

PCIS 主要检查 10 个指标：心率、血压、呼吸、氧分压、pH、钠离子、钾离子、肌酐、尿素氮、血红蛋白、胃肠系统，每项分值分别为 4、6、10 分，见表 1-10-1，每项参数单项得分相加即得患者评分的总分。PCIS 的首次评分需在 24 小时内完成，视病情变化可以多次评分。分值越低，患儿病情越严重，病死率越高。

表 1-10-1　　小儿危重病例评分方法（PCIS）

检查项目	测定值及表现		分值
	<1 岁	≥1 岁	
心率（次/min）	<80 或>180	<60 或>160	4

续表

检查项目	测定值及表现		分值
	<1 岁	≥1 岁	
心率（次/min）	80～100 或 160～180	60～80 或 140～160	6
	其余	其余	10
收缩压（mmHg）	<55 或>130	<65 或>150	4
	55～65 或 100～130	66～75 或 131～150	6
	其余	其余	10
呼吸（次/min）	<20 或>70 或明显节律不齐	<15 或>60 或明显节律不齐	4
	20～25 或 40～70	15～20 或 35～60	6
	其余	其余	10
动脉血氧分压（mmHg）	<50	<50	4
	50～70	50～70	6
	其余	其余	10
pH	<7.25 或>7.55	<7.25 或>7.55	4
	7.25～7.30 或 7.50～7.55	7.25～7.30 或 7.50～7.55	6
	其余	其余	10
血钠（mmol/L）	<120 或>160	<120 或>160	4
	120～130 或 150～160	120～130 或 150～160	6
	其余	其余	10
血钾（mmol/L）	<3.0 或>6.5	<3.0 或>6.5	4
	3.0～3.5 或 5.5～6.5	3.0～3.5 或 5.5～6.5	6
	其余	其余	10
肌血酐（μmol/L）	>159	>159	4
	106～159	106～159	6
	其余	其余	10
尿素氮（mmol/L）	>14.3	>14.3	4
	7.1～14.3	7.1～14.3	6
	其余	其余	10
血红蛋白（g/L）	<60	<60	4
	60～90	60～90	6
	其余	其余	10
胃肠系统	应激性溃疡出血及肠麻痹	应激性溃疡出血及肠麻痹	4
	应激性溃疡出血	应激性溃疡出血	6
	其余	其余	10

（二）适用范围及对象

PCIS 不适用于新生儿，适用于普通儿童患者。它评分简单，比较符合我国国情，在国内各个层次医院均可应用。

（三）临床应用

1. 准确判断病情轻重

有文献报道：按评分值高低可将患儿分为非危重、危重、极危重 3 组，多系统器官功能衰竭发生率为 15.4%、47.5%、83.0%，病死率依次为 3.2%、10.2%、25.2%。多次进行评分能动态评估患儿病情，有助于更准确地判断预后。也有文献报道，首次评分值≤70 分的患儿，病死率为 25%，连续评分值≤70 分的患儿，病死率将上升至 50%～60%。

2. 评估 ICU 的工作效益

有文献表明：入住 ICU 的患儿中，危重、极危重病例占 41.1%，说明提高国内儿科 ICU 的工作效益，尚有相当大的潜力。病情不够严重的患儿不应进入 ICU，而经治疗病情已减轻的患儿应及时转至普通病房。

3. 作为临床科研工作筛选指标

为了加速一些高新技术的研究和推广，多中心合作的科学研究已成为一种普遍采用的有效方式，PCIS 常作为统一的病例选择标准和一致的病情评估方法。

二、应用举例

我们以马文成等人发表的“小儿危重病例评分法在危重儿童院间转运中的应用”[中国妇幼保健，2005（20）：2800－2802] 为例进行分析。

（一）内容介绍

为了检验小儿危重病例评分法在重症儿童院间转运中的使用效果。该文对实施转运的患儿于转运前根据转出医院记录的各项参数计算转运前评分；回该院后 48 小时内再记录各项参数计算转运后评分；根据两次评分与实际治疗效果比较。结果发现，非危重、危重、极危重患儿转运前后各级间死亡率有显著差异；转运前后评分差值≤0 者 76.35%，与>0 者病死率相比有显著差异；死亡组评分≤70 分者 46.67%，71～80 分者 46.67%，81～90 分者 6.67%。其评分在转运前后均显著低于存活组。说明评分法在院间转运中使用效果良好，并可根据评分法设立转运指征。

（二）应用解析

该文是一篇 PCIS 在院间转运应用价值的报道。从文献结果来看，PCIS 在危重患儿院间转运期间也能准确地评估危重儿童的病情及预后。在转运过程中，短期进行评估，有利于医护人员及时做出判断和进一步的干预。文章还建议基层医院在转运患儿时可根据 PCIS 设立转运指征。当 PCIS≤90 分的患儿，可根据医院及患者家属情况转上级医院诊治；PCIS>90 分，可暂时留在当地治疗，并继续进行评估。目前，在国内关于 PCIS 评分的报道仅见于医疗，护理方面暂未见有报道。有了此评分作为科学、客观的依据，护理方面可以进行患儿病情判断和不同病情患儿转运护理干预的研究。

第十一节　Norton 压疮危险度评估量表

压疮是身体组织局部长期受压，血液循环障碍，组织营养缺乏，致使皮肤失去正常的功

能，而引起组织的破损和坏死。长期以来，国内将压疮预防的重点放在加强护理管理上，忽视了对患者的全面评估。国外的护理专家认为，压疮评估是预防压疮最关键的一步，通过对患者压疮危险因素作定性、定量综合分析，对高危患者实行重点预防，可以使有限的医疗资源得以合理的分配和利用，进而提高预防护理的有效性。从 20 世纪六七十年代开始，西方国家相继涌现出多种压疮危险评估表，如 Anderson 量表、Norton 量表、Braden 量表、Waterlow量表、Douglas 量表、Medley 量表、Gosnell 量表等。其中 Norton 量表、Braden 量表、Waterlow 量表在临床上应用最为广泛，国内外有多篇文献报道了它们在临床中的使用价值。

Norton 量表于 1962 年提出，是源自于老年人的研究而建立的四分类量表。随着压疮研究的不断进展，Norton 量表不断改进，1987 年在瑞典提出了改良的 Norton 量表，1995 年英国又提出了 Norton 量表的修订版。

一、评分介绍

（一）评分方法

Norton 量表由 5 大部分构成：一般状况、精神状态、改变体位能力、运动能力、大小便失禁。每项评分 1～4 分，各项指标实际分值相加即为该患者的总分。分值越低，压疮危险性越高，多篇文献表明它的诊断界值是≤16 分，见表 1－11－1；改良的 Norton 量表增设至 8 个部分，每个部分评分也为 1～4 分，各项指标实际分值相加即为该患者的总分。其分值越低，发生压疮的危险性越高。评分≤14 分，提示易发生压疮。评分低于 12 分，视为难免性压疮。出现病情变化时随时复评，直至患者出院或死亡，见表 1－11－2。

（二）适用范围及对象

Norton 量表条目简单，使用方便。适用于心脏外科、神经外科、整形外科患者及老年人群。

（三）临床应用

有多篇文献报道了 Norton 量表的信效度研究，敏感性为 16%～81%，特异性为 31%～94%；阳性预测率为 7.1%～38.0%；阴性预测率为 64.7%～98.3%；有效性为 39.6%～80.5%。Norton 量表是最早的压疮评估量表，其敏感性和阳性预测率是合理的。此量表的主要缺点是缺乏内部一致性信度的测试研究，所以应用此量表时会出现不同的操作者使用不同的解释说明，因此需要进一步的测试研究，特别应包括内部一致性信度的分析。

表 1－11－1　　Norton 压疮危险度评估量表

一般状况		精神状态		改变体位能力		运动能力		大小便失禁	
程度	分值	程度	分值	程度	分值	程度	分值	程度	分值
良好	4	警觉	4	自由活动	4	完全自主	4	无	4
一般	3	淡漠	3	协助行走	3	轻度受限	3	偶尔	3
差	2	模糊	2	依赖轮椅	2	很大受限	2	尿失禁	2
很差	1	昏迷	1	卧床不起	1	不能运动	1	粪尿失禁	1

注：总分 18～20 分为轻度危险，14～18 分为中度危险，10～14 分为高度危险，10 分以下属极度危险。

表 1-11-2　修订后 Norton 压疮危险度评估量表

项　目	分值 4	分值 3	分值 2	分值 1
1 意识状态	清醒	淡漠	模糊	昏迷
2 营养状况	好	一般	差	极差
3 运动	运动自如	轻度受限	重度受限	运动障碍
4 活动	活动自如	扶助行走	依赖轮椅	卧床不起
5 排泄控制	能控制	尿失禁	大便失禁	二便失禁
6 循环	毛细血管再灌注迅速	毛细血管再灌注减慢	轻度水肿	中度至重度水肿
7 体温（℃）	36.6～37.2	37.2～37.7	37.7～38.3	＞38.3
8 药物使用	未使用镇静药或类固醇类药	使用镇静药	使用类固醇类药	使用类固醇及镇静药

注：总分 25～31 分为低度危险，17～24 分为中度危险，8～16 分为高度危险，12 分以下为难免压疮。

二、应用举例

我们以殷小勇、赵慧晶发表的文章“Norton 压疮危险因素评估表在老年癌症 60 例中的应用”［医药世界，2009，(11)：79-80］为例，进行应用分析。

（一）内容介绍

该研究对 60 例老年癌症卧床患者采用 Norton 评分法进行压疮危险因素评分及采用减轻局部压力、增加营养等预防措施。结果发现 60 例患者中只发生 1 例压疮，护理效果满意。研究证明 Norton 评分是一种科学准确的筛选危险人群的评测工具。

（二）应用解析

殷小勇、赵慧晶对患者入院 6 个月内应用 Norton 压疮危险因素评估表进行评分，预测压疮发生的危险性。对分值≤14 分的患者均采取了预防护理措施，如减轻局部压力；增加营养；加强护士培训，提高全体护理人员对压疮问题的重视和预防意识；对心理压力大、不配合的患者，应进行积极的心理疏导和正性激励，做好心理护理等。评分＞14 分的患者无压疮发生，评分≤14 分的患者 1 例发生压疮，2 例带入压疮均获痊愈。作者认为这说明了 Norton 压疮危险因素评估表是一种科学准确的筛选危险人群的评测工具。评估压疮危险因素除在患者入院时进行外，还强调在入院后定期或随时进行，因随着患者病情的变化和治疗的实施，入院时不存在的或潜在的危险因素也会产生并表现出来。

第十二节　Braden 压疮危险度评估量表

Braden 量表是由美国的 Braden 和 Bergstrom 两位博士于 1987 年制定的。已被译成日语、汉语、荷兰语等多国语言，在世界范围广泛使用。随着研究的进展，1998 年，Braden 量表中文版被中国香港彭美慈、汪国成等人进行修订，推荐在压疮高危的人群中使用。目

前，在国内也有多篇文献使用了该评分工具。

一、评分介绍

（一）评分方法

Braden量表包含了6大部分的内容：感觉、潮湿、活动、运动能力、营养、摩擦力和剪切力。每个因素分为4个分值等级（1～4分），仅摩擦和剪切力为3个分值，6项的分数相加得到总分，评分总范围为0～23分，见表1-12-1，且每项标准都可以通过特定的评分说明得出相应的分数，见表1-12-2。分值越低，发生压疮的危险性越高。不同研究者对此量表的诊断界值有不同的看法，有的认为≤16分是发生压疮的诊断界值，有的则认为是≤18分。目前在临床上常认为：19～23分为无危险，15～18分为低度危险，13～14分为中度危险，10～12分为高度危险，9分或9分以下为极度危险。

修订版Braden量表删除了Braden量表中“营养状况”评分项目，增加了“体型/身高”、“皮肤类型”2项评分内容，共7个条目，除“摩擦力和剪切力”一项外，各条目得分均为1～4分。总分7～27分，诊断界值为<19分，见表1-12-3。

表1-12-1　Braden评分法

评分内容	评分依据			
	1分	2分	3分	4分
感觉：对压迫有关的不适的感受能力	完全丧失	严重丧失	轻度丧失	未受损害
潮湿：皮肤暴露于潮湿的程度	持久潮湿	十分潮湿	偶尔潮湿	很少潮湿
活动：身体活动程度	卧床不起	局限椅子	偶可步行	经常步行
运动能力：改变和控制体位的能力	完全受限	严重受限	轻度受限	不受限
营养：通常摄食状况	非常差	不足	适当	良好
摩擦和剪切力	有	潜在危险	无	
总分				

注：19分作为预测有压疮发生危险的诊断界值；评分≤19分应采取预防压疮的措施。

表1-12-2　Braden压疮预测量表

知觉	完全丧失1分	严重丧失2分	轻度丧失3分	未受损害4分
对与压力相关的不适做出有意义的反应的能力	指接受到疼痛刺激，无法做出呻吟、退缩或抓握等反应（可能意识改变或药物影响），或绝大部分体表无法感觉到疼痛刺激	指接受到疼痛刺激时，只能以呻吟或躁动不安表示，或全身有1/2以上的体表无法感觉不适或疼痛刺激	对语言指令有反应，但总是无法在感受到不适时表达其不适，或由他人协助翻身或1～2个肢体无法感觉到不适或疼痛刺激	对言语指令有反应，对不适与疼痛刺激感知能力正常

续表

潮湿	持久潮湿1分	十分潮湿2分	偶尔潮湿3分	很少潮湿4分
皮肤暴露在潮湿环境的程度	皮肤几乎一直处于潮湿状态，每次移动患者时皮肤都是潮湿的	皮肤经常潮湿，每班至少更换床单1次	大约每天更换床单2次	皮肤通常是干燥的，依照常规更换床单即可
活动	卧床不起1分	局限椅子2分	偶可步行3分	经常步行4分
身体活动的程度	活动范围限制在床上	无行走能力或行走能力严重受限，无法承受自己体重需协助才能坐进椅子	每个班的多数时间是在床上或椅上，但白天偶尔可在协助或不需协助下自行走动	每天至少走出病室2次，醒着至少每2小时会在房间走动
运动能力	完全受限1分	严重受限2分	轻度受限3分	不受限4分
改变及控制体位的能力	无法凭自己的能力对身体或肢体位置作调整，即使是轻微的调整	偶尔能轻微调整身体或肢体位置，无法凭自己能力做经常或大幅度的调整	时常能凭自己能力做小幅度的自由调整身体或肢体位置	能凭自己能力时常改变体位及做大幅度的体位调整
营养	非常差1分	不足2分	适当3分	良好4分
通常的进食状态	①从未吃过正餐，很少吃超过食物的1/3，水分摄取差，且未食用液态营养补充品，每天吃2份蛋白质（肉或豆、奶制品）。②不论是否接受静脉输液补充，持续5天以上禁食或清流饮食	①很少吃完正餐，一般只吃完食物的1/2，偶尔食用液态营养补充品，每天吃3份蛋白质（肉或豆、奶制品）。②所摄取的液态食物或管饲未达到理想需要量，如管饲量＜1500kcal/d	①能吃超过大部分正餐的1/2，偶尔不吃正餐，但若予营养补充品，通常会食用，每天吃4份蛋白质（肉或豆、奶制品）。②接受管饲或TPN疗法，可能符合大部分的需求，如管饲量＞1500kcal/d	每顿正餐都吃掉大半，从不拒绝用餐，在两餐之间，偶尔还吃点心，不需要营养补充品，通常食用4份或以上的蛋白质（肉或豆、奶制品）
摩擦力和剪切力	有1分	潜在危险2分	无3分	
体表皮肤受摩擦力和剪切力的作用	需极大的协助才能移动身体，且无法将身体完全抬起，在床单上会滑动，卧床或坐椅子时常会下滑，需极大地协助以调整姿势。痉挛或烦躁不安，使体表皮肤几乎持续受到摩擦	不能有效移动，或只需少许协助，在移动过程中皮肤可能在床单、椅子、约束带等上出现一些滑动。大多时候能在床或椅子上维持相当好的姿势，但偶尔会滑下来	能凭自己的能力在床上或椅上移动，在移动时，可将自己完全抬起，总能在床上或椅上维持良好的姿势	

表 1-12-3　　修订版 Braden 评分法

评分内容	计分依据			
	1分	2分	3分	4分
感觉	完全丧失	严重丧失	轻度损害	未受损害
潮湿	持久潮湿	十分潮湿	偶尔潮湿	很少潮湿
活动	卧床不起	局限于椅	扶助行走	活动自如
运动能力	完全不能	严重限制	轻度限制	不受限制
摩擦力和剪切力	有	有潜在危险	无	
皮肤类型	水肿	表皮擦伤	干燥红薄	完好
体型/身高	恶液质	消瘦	肥胖	正常

（二）适用范围及对象

老年人、昏迷、瘫痪、癌症晚期患者、长期卧床的患者等。Braden 评估量表的内容和项目与老年人压疮的形成因素相符，特别适用于老年及内外科的患者，是适用较广的量表。

（三）临床应用

Braden 量表是研究最多的量表，国内有 22 篇文献报道了其研究结果，其敏感性为 83％～100％；特异性为 64％～77％。此量表目前已在世界多数医疗机构中应用，经过信度和效度的测试，其敏感性和特异性最为平衡，信效度最好，其评估的内容和项目与老年人的压疮形成因素相符，被认为是适用最广的量表。

二、应用举例

我们以徐建珍、钱瑞莲等发表的文章"Braden 评分预测神经科患者压疮的准确性及影响准确性因素的分析"[中国实用护理杂志，2007，23（3）：42-44]为例，说明 Braden 压疮危险评估量表的具体应用。

（一）内容介绍

为了探讨 Braden 评估表对神经科患者压疮发生危险预测的有效性，并分析在Braden 评估表评估危险程度相同的情况下，其他相关因素对压疮发生的影响，以提高预防压疮的有效性，该文作者对 135 例神经科压疮患者应用 Braden 评估表进行评分，并收集包括年龄、意识状态、血清清蛋白、活动方式、体位等 13 个相关因素以及压疮分期状况，分析该评估表对预测压疮的准确性及影响准确性的因素。结果发现，135 例患者中，Braden 评分为极高危或高危者 94 例占 69.6％，中危者 31 例占 22.96％，低危者 10 例占 7.44％，意识状态与 Braden 评分为显著负相关，压疮严重程度与 Braden 评分成负相关，其他因素与 Braden 评分无显著相关性。说明 Braden 评估表能有效地预测神经科患者发生压疮的危险性；对 Braden 评分具有相同危险者，血清清蛋白水平越低、意识障碍越重，其发生压疮的危险性越高。

（二）应用解析

该文是对 Braden 评分在压疮预测应用价值的研究。结果显示，对神经科压疮患者应用 Braden 评分法预防压疮能使发生率下降 50％～60％，表明 Braden 评估表能较好地预测神经

科专科患者发生压疮的危险性，可以作为神经科患者筛查压疮发生危险性的一种有效工具。同时表明血清清蛋白水平、意识状态是预测压疮发生的危险因素，年龄、活动方式、卧床时间、体位、血红蛋白、血糖、体型、体温、吸烟史、皮肤类型、毛细血管灌注情况均为压疮发生的相关因素。另外，对 Braden 评分为低度危险但肌张力高、自行翻身时摩擦力大的患者，也是压疮发生的高危人群，要引起护理人员的重视。

第十三节　Waterlow 压疮危险度评估量表

随着老龄住院患者增加，其皮肤情况及生活自理能力相对差，导致了压疮的高发，国外已将压疮的发生率作为评价护理质量的指标之一。我国卫生部在等级医院评审和质量年检查中也将压疮作为衡量护理质量的标准之一。因此，预防压疮的发生是护理工作的重点，研究如何更科学地指导护理人员评估压疮的危险性，实施重点预防，提高预防压疮的有效性；既能达到有效预防和治疗，又能避免医疗资源的浪费，减轻患者的痛苦。Waterlow 评估量表是目前国外仅有的几个被科学检验方法证实具有良好信、效度，符合测量学标准的压疮危险评估工具（Pressure Ulcer Risk Assessment Scales，PURAS）之一，该量表原始设想是针对老年压疮，是欧洲评估老年压疮危险的主要工具。有学者曾经做过 Norton、Braden 和 Waterlow 3 种评估表对住院老年人压疮预测能力的比较研究，结果显示 Waterlow 量表对老年人院内压疮的预测效果较好。

一、评分介绍

（一）评分方法

Waterlow 评估量表包含了体型、皮肤类型、性别、年龄、营养不良、控便能力、运动能力、食欲、大手术/创伤、神经系统病变、药物治疗 10 个方面。据评估累计分值，累计<10 分者为无危险，≥10 分者为危险，10～14 分为轻度危险，15～19 分为高度危险，20 分以上为极度危险。分值越高，发生压疮的危险性越高，见表 1-13-1。

表 1-13-1　　Waterlow 压疮评估量表

项　目	等　级	分　值
体型、体重与身高（参照亚洲人标准体重表）	中等	0
	超过中等	1
	肥胖	2
	低于中等	3
皮肤类型和可见面积	健康	0
	薄如纸	1
	干燥	1
	水肿	1
	潮湿	1
	颜色差	1

续表

项　目	等　级	分值
皮肤类型和可见面积	裂开／红斑	1
性别	男	1
	女	2
年龄（岁）	14～49	1
	50～64	2
	65～74	3
	75～80	4
	＞80	5
特殊危险与组织营养不良	恶液质	8
	多器官衰竭	5
	外周血管病	5
	贫血	2
	抽烟	1
控便能力	完全控制	0
	偶失禁	1
	尿/大便失禁	2
	大、小便失禁	3
运动能力	完全	0
	烦躁不安	1
	冷漠	2
	限制	3
	卧床不起	4
	固定	5
食欲	中等	0
	差	1
	鼻饲	2
	流质	2
	禁食	3
	厌食	3
神经系统缺陷	运动/感觉缺陷	4～6
	糖尿病/截瘫	4～6
大手术/创伤	腰以下/截瘫	5
	手术时间＞2 h	5
药物治疗	类固醇、细胞毒性药、大剂量消炎药	4

（二）适用范围及对象

Waterlow 评估量表适用于老年人、昏迷、瘫痪、癌症晚期患者、长期卧床的患者等。特别适用于 60 岁以上的老年患者。

（三）临床应用

1. 预测压疮发生危险因素，对压疮高危患者实施针对性、综合性护理措施

鄢敏、孙丽霞等于 2004 年 8 月～2007 年 9 月应用 Waterlow 评估量表对 136 例格拉斯哥昏迷评分≤8 分的昏迷卧床患者进行压疮危险评估，对有压疮危险的患者提供个性化的护理，评分在 10～14 分者，有发生压疮的可能性，可给予个别健康指导；评分在 15～19 分者，有发生压疮的危险，在健康指导的基础上必须尽早采取预防措施；评分在 20 分以上者，分析患者的相关资料，采取针对性的护理措施，减少受压，定时翻身，在翻身的同时给患者安置正确体位，加强支持疗法，加强对患者家属健康教育，严格交接班，护士长负责检查督促护理措施的落实。Waterlow 评分量表的使用使干预措施更具针对性，有效预防了压疮的发生，最大限度减轻患者痛苦。真正提高患者的生活质量，促进了疾病康复。

2. 临床研究分组依据

路伟等研究依据 Waterlow 评分进行分级护理在降低急危重症患者压疮发生率中的作用，将 1 020 例急诊危重症患者按照就诊顺序分成对照组和干预组，两组均采用 Wa terlow 评估表进行危险分层：无危险组（积分＜10 分）、低危险组（积分 10～14 分）、高危险组（积分 15～20 分）、极高危险组（积分≥20 分），对照组的各危险组均采用传统的临床经验护理，干预组根据危险分层分别采取不同的护理措施。观察两组患者的压疮发生率。结果发现依据 Waterlow 压疮危险因素评估表对急危重症患者进行危险分层，并采取分级护理能有效降低高危患者的压疮发生率。

二、应用举例

以廖燕桃、李雪冰等发表的文章“Waterlow 压疮危险评估表在神经外科 ICU 的应用”[现代护理，2007，13（35）：3424－3425]为例，说明 Waterlow 危险因素评估表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该研究运用 Waterlow 评估表对神经外科 ICU 841 例患者进行压疮评估。发现观察组压疮发生率 4.85%，对照组的发生率 15.20%，2 组比较差异有显著性意义，说明 Waterlow 评估表是一种科学准确地筛选皮肤危险人群的评测工具，能有效控制压疮发生率。

（二）应用解析

该文作者应用 Waterlow 压疮危险评估表根据压疮的危险度对实验组进行分组，并针对不同组别给予相对应的护理措施：①低危险组：采用气垫床，每 2 小时翻身 1 次，减少对组织的压力；保护及增强皮肤抵抗力；增进及鼓励床上活动；重视全身营养；酌情使用 3M 薄膜和赛肤润。②高危险组：除低危险组护理方法外，使用 3M 薄膜和赛肤润，酌情使用无痛保护膜和溃疡粉，联系造口师制订治疗方案，并加强肠内营养。③极高危险组：除低危险组护理方法外，每 0.5～1 小时翻身 1 次，使用 3M 薄膜和赛肤润，使用无痛保护膜和溃疡粉，肘部及足跟部使用安普贴保护，联系造口师制订治疗方案，加强肠内营养与肠外营养。研究结果表明：应用 Waterlow 评估法只有 21 例发生压疮，发生率仅为 4.85%，而对照组有 62

例发生，发生率为15.20%，说明Waterlow评估表对高危人群的压疮发生有较好的预测效果，能有效降低压疮发生率，从而减轻患者的身心痛苦与经济负担，也减轻护理工作压力，进而提高护理质量及患者的满意度。Waterlow评估表是一种科学准确的筛选皮肤危险人群的预测工具。

该文是压疮评估量表在临床压疮护理指导上的一个很好的应用实例。随着护理技术的进步和发展，压疮的处理、预防更加专业化，采用科学、客观的评估工具有利于指导压疮的预防和动态的处理。然而，由于不同研究对压疮的解释不一致，研究的地域不同，患者人口统计有差异，样本大小及数据收集不同，很难对量表的可靠性研究结果进行比较，且没有一个量表真正考虑到压疮预防中骨骼的影响作用，而且这些量表都是在研究发达国家（如美国、英国、加拿大）压疮患者的基础上发展而来的，除了Braden量表和Norton量表有中文版外，其余都只有英文版，目前国际上尚无适用于评估所有患者（包括各个年龄阶段的各种疾病患者）的压疮评估工具，而现有量表的信效度经过研究表明都存在不同程度的缺陷，如Waterlow量表有较好的压疮风险预测能力和敏感性，但特异性较低；Norton量表缺乏内部一致性信度的测试研究等。因此，进一步发展压疮危险因素评估量表势在必行，制定适用于自己国情、院情的压疮评分还有待进一步的科学研究和验证。

第十四节　吞咽功能评价

吞咽困难是一种主观症状，可以是咽部本身的器质性病变或参与吞咽活动的神经、肌肉的功能异常所致，但也可为无咽部形态学及功能改变的“癔球症”所致。吞咽障碍常增加窒息、肺部感染、营养不良等并发症的危险，从而延长住院时间、增加病死率。在吞咽障碍的管理过程中，准确评估患者、及早发现吞咽障碍是最重要的。护士是最直接接触患者的医务人员，如果能够使用方便、具有良好信度和效度的临床评定量表可及时和定量评定患者吞咽功能的变化并给予干预，将对吞咽障碍的管理起着举足轻重的作用。本节将介绍几种吞咽功能的评价量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 标准吞咽功能评定量表

标准吞咽功能评定量表（Standardized Swallowing Assessment，SSA），见表1-14-1，由Ellul等于1996年首先报道，经科学设计专门用于评定患者的吞咽功能，具有良好的信度和效度，在国外应用广泛。该量表又称为医疗床旁评估量表，由南曼彻斯特大学医学院语言治疗科的Smithard DG及Wyatt R编写。SSA分为3个部分：①临床检查，包括意识、头与躯干的控制、呼吸、唇的闭合、软腭运动、喉功能、咽反射和自主咳嗽，总分为8～23分。②让患者吞咽5mL水3次，观察有无喉运动、重复吞咽、吞咽时喘鸣及吞咽后喉功能等情况，总分为5～11分。③如上述无异常，让患者吞咽60mL水，观察吞咽需要的时间、有无咳嗽等，总分为5～12分。该量表的最低分为18分，最高分为46分，分数越高，说明吞咽功能越差。SSA误咽结果判断：根据患者饮水的情况推断是否存在误咽。阳性为患者有饮水时呛咳或饮水后声音变化，推断存在误咽；阴性为患者无饮水时呛咳或饮水后声音变

化，推断不存在误咽。

疗效判定标准分为治愈、有效、无效3级。治愈：饮水呛咳、吞咽困难症状消失，饮水测试评价正常；有效：饮水、吃饭无呛咳，但需时较正常延长，饮水测试评价<30分；无效：经治疗14天，饮水呛咳、吞咽困难改善不显著，饮水测试评价>30分。

注意事项：如果患者不能正常吞咽5mL的水，即尝试3次中出现1次以上咳嗽或者气梗，或者出现吞咽后声音嘶哑（即喉功能减弱），则不再继续第2阶段。不能进入第2阶段或在第2阶段中出现咳嗽或气哽，或出现吞咽后声音嘶哑，就认为是不安全吞咽。

表1-14-1　标准吞咽功能评定量表

临床检查

1. 意识水平
   清醒=1；嗜睡，但能唤醒=2；有反应，但无睁眼和言语=3；对疼痛有反应=4
2. 头和躯干的控制
   正常坐稳=1；不能坐稳=2；只能控制头部=3；头部也不能控制=4
3. 呼吸模式
   正常=1；异常=2
4. 唇的闭合
   正常=1；异常=2
5. 软腭运动
   对称=1；不对称=2；减弱或缺乏=3
6. 喉功能
   正常=1；减弱=2；缺乏=3
7. 咽反射
   存在=1；缺乏=2
8. 自主咳嗽
   正常=1；减弱=2；缺乏=3

第1阶段

9. 给予1汤匙水（5mL）3次水流出
   无或1次=1；大于1次=2
10. 有/无有效喉运动
    有=1；无=2
11. 重复吞咽
    无或1次=1；1次以上=2
12. 吞咽时喘鸣
    有=1；无=2
13. 吞咽后喉的功能
    正常=1；减弱或声音嘶哑=2；发音不能=3

续表

第2阶段
14. 如果第1阶段正常（重复3次，2次以上正常），即给予吞咽60mL杯子的水，能否完成？ 能＝1；否＝2
15. 饮完需要的时间（s）
16. 吞咽中或后咳嗽 有＝1；无＝2
17. 吞咽中或后的喘鸣 有＝1；无＝2
18. 吞咽后喉的功能 正常－1；减弱或声音嘶哑＝2；发音不能＝3
19. 误咽是否存在 无＝1；可能＝2；有＝3

2. X线电视透视吞咽功能检查

X线电视透视吞咽功能检查（Vivideo Fluoroscopy Swallowing Study，VFSS）目前广泛用于吞咽功能的生理学研究及吞咽障碍的临床评价，是辨明吞咽中渗透与误吸的最确切方法，是目前诊断吞咽困难的金标准。

方法：钡剂采用60％、180％硫酸钡作为稀液体、浓液体。用混合钡的香蕉泥为稠糊状食物替代品，用涂有稠钡的饼干作为同体形态食物的替代品。受试者均坐或立于踏板上，头部自然直立位，依次吞咽稠、浓、稀、固体钡剂，从1mL开始，逐渐增加至5～10mL。每一剂量均进行正位及侧位的透视，一旦出现误吸，立即停止检查。经过放射科医生分析透视录像，达成一致结论，记录异常特征。VFSS异常结果主要记录两方面的指标。①口腔期：唇闭合差、舌肌无力、软腭上抬无力、分次吞咽、口内滞留、口期延迟（正常＜1.5秒）。②咽期：喉上抬差、吞咽延迟、重复吞咽、无效吞咽、咽下困难、咽部滞留、清嗓动作、环咽肌打开不全/不能、咽肌收缩无力、用力吞咽、喉入口关闭不全、喉穿透、误吸、咽通过时间延迟（正常＜1.0秒）。

VFSS吞咽困难严重程度评分分4级。①正常：口咽吞咽的功能机制全部正常，无声门上穿透和误吸。②轻度：口或咽的功能障碍仅导致间断的声门上穿透，并立刻清除。③中度：口或咽的功能障碍导致持续的声门上穿透，伴喉前庭滞留或者2次及其以下1种黏度食物的误吸。④重度：口或咽的功能障碍导致1种黏度或以上食物的持续误吸。

3. 洼田饮水试验

该试验由日本学者洼田俊夫提出，是最经典的吞咽功能筛查试验。该试验分为5个级别，可用于吞咽功能判断和疗效判断。但是该评价较粗略，对临床指导有一定的局限性。

疗效判断分治愈、有效和无效3级。治愈：吞咽障碍消失，饮水试验评定Ⅰ级；有效：吞咽障碍明显改善，饮水试验评定Ⅱ级；无效：吞咽障碍改善不显著，饮水试验评定Ⅲ级以上。

方法：让患者按习惯喝下温水30mL，根据饮水结果进行分级。Ⅰ级：能不呛地1次咽下30mL温水；Ⅱ级：分成2次以上，能不呛地咽下；Ⅲ级：能1次咽下，但有呛咳；Ⅳ

级：分成2次以上咽下也有呛咳；Ⅴ级：屡屡呛咳，难以全量咽下。

吞咽功能判断分正常、可疑和异常3种。正常：Ⅰ级在5秒之内；可疑：Ⅰ级在5秒以上或Ⅱ级；异常：Ⅲ～Ⅴ级。

4. 洼田吞咽能力评定法

该法提出3种能减少误吸的条件，根据患者需要条件的多少及种类逐步分级，分为1～6级，级别越高吞咽障碍越轻，6级为正常。1级：任何条件下均有吞咽困难或不能吞咽；2级：3个条件均具备则误吸减少；3级：具备2个条件则误吸减少；4级：如选择适当食物，基本上无误吸；5级：如注意进食方法和时间，基本上无误吸；6级：吞咽正常。

疗效判定标准分无效、有效和显效。无效：治疗前后无变化；有效：吞咽障碍明显改善，吞咽分级提高1级；显效：吞咽障碍缓解2级，或接近正常。

评定条件是：帮助的人；食物种类；进食方法及时间。

5. 弗勒明吞咽障碍指数

该评定方法分为16个项目，分别赋予1、2、3分。总分0～2分吞咽障碍的可能性较小；3～5分有吞咽障碍的可能性，需要护理；6～9分吞咽障碍的可能性较大；10分以上确有吞咽障碍，而且程度较重，见表1-14-2。

表1-14-2　　弗勒明吞咽障碍指数

项　目	分值
X线检查有吸入性肺炎	3分
视频X线透视有食物侵入喉部	3分
用颜色标记的食物从气管切开孔处吸出	3分
有吞咽障碍的主诉	3分
脱水症状	3分
由于误吸而采用鼻胃管、胃造瘘管等供给营养	2分
入院时的体重比标准体重低10%以上	2分
住院期间体重每周减少1.45kg以上	2分
X线检查证实食物滞留、反流等	2分
由于食物滞留、反流或狭窄而需行扩张术	2分
由于食物滞留、反流或狭窄而需改变食物形态	2分
主诉难以吞咽	2分
有必要保持进食时的体位	1分
无牙或咬合不好或进食时不用义齿	1分
义齿不合适，由于感觉不好故不接受义齿，牙龈溃疡	1分
不能吃普通的食物	1分

6. 吞咽障碍程度分级

该量表以所能吞咽食物的种类及营养摄取途径为线索，将吞咽障碍程度按重、中、轻、正常4个层次，从严重吞咽困难到正常吞咽功能共分10级，见表1-14-3。

疗效判定标准分无效、有效和显效。无效：治疗前后无变化；有效：吞咽障碍明显改善，吞咽分级提高1级；显效：吞咽障碍缓解2级，或接近正常。

表1-14-3 吞咽障碍程度分级

吞咽障碍程度	分　级
重度（不能经口进食）	1级：吞咽困难或不能吞咽，不适合做吞咽训练
	2级：大量误吸，吞咽困难或不能吞咽，适合做吞咽基础训练
	3级：如做好准备可减少误吸，可进行进食训练
中度（经口及辅助营养）	4级：作为兴趣进食可以，但营养摄取仍需非口途径
	5级：仅1～2顿的营养摄取可经口
	6级：3顿的营养摄取均可经口，但需补充辅助营养
轻度（可经口营养）	7级：如为能吞咽的食物，3顿均可经口摄取
	8级：除少数难吞咽的食物，3顿均可经口摄取
	9级：可吞咽普通食物但需给予指导
正常	10级：进食，吞咽能力正常

7. 吞咽功能障碍评价标准

该标准由日本的洼田提出，该标准注重于吞咽肌的临床评定，以肌力减弱的程度分为4级，1级为正常肌力。见表1-14-4。

疗效评价标准分完全恢复、基本恢复和有效。完全恢复：吞咽功能达到1级；基本恢复：由3级或4级提高到2级；有效：由4级提高到3级。

表1-14-4 吞咽功能障碍评价标准

吞咽肌	分　级
舌肌	1级：可紧抵上腭及左右牙龈
	2级：可紧抵上腭但不能抵左右牙龈
	3级：可上抬但不能达上腭
	4级：不能上抬
咀嚼肌及颊肌	1级：可左右充分偏口角，鼓气叩颊不漏气，上下牙齿咬合有力
	2级：鼓气叩颊漏气，上下牙齿咬合一侧有力一侧力弱
	3级：鼓气扣不紧，有咬合动作，但力弱
	4级：鼓气完全不能，咬合动作不能
咽喉肌	1级：双软腭上举有力
	2级：一侧软腭上举有力
	3级：软腭上举无力
	4级：软腭不能上举

8. 吞咽功能分级标准

即才藤荣一吞咽障碍 7 级评价法，该标准由日本学者才藤荣一于 1999 年设计发展的，将症状和康复治疗的手段相结合，在诊断吞咽障碍的同时对障碍程度分为 7 级，级别越高，吞咽障碍越轻，分级标准明确清晰，可指导各级患者的康复，对临床指导价值较大，见表 1-14-5。此评价法在日本吞咽障碍诊断与康复治疗中广泛应用，不仅能够用于治疗初期的评定，还可以用于疗效评定。2001 年高怀民将其引入我国，被我国康复界接受。

疗效判定标准分有效和无效两级。无效：治疗后等级不增加；有效：治疗后等级增加 1 级。

表 1-14-5　吞咽功能分级标准

级别	标准
7 级	正常范围：摄食咽下没有困难，没有康复医学治疗的必要
6 级	轻度问题：摄食咽下有轻度问题，摄食时有必要改变食物的形态，如因咀嚼不充分需要吃软食，但是口腔残留的很少，不误咽
5 级	口腔问题：主要是吞咽口腔期的中度或重度障碍，需要改善咀嚼的形态，吃饭的时间延长，口腔内残留食物增多，摄食吞咽时需要他人的提示或者监视，没有误咽。这种程度是吞咽训练的适应证
4 级	机会误咽：用一般的方法摄食吞咽有误咽，但经过调整姿势或一口量的调整和咽下代偿后可充分防止误咽。包括咽下造影没有误咽，仅有多量的咽部残留，水和营养主要经口摄取，有时吃饭需要选择调整食物，有时需要间歇性的补给静脉营养，如果用这种方法可以保持患者的营养供给就需要积极地进行咽下训练
3 级	水的误咽：有水的误咽，使用误咽防止法也不能控制，改变食物形态有一定的效果，吃饭只能吃容易吞咽的食物，但摄取的能量不充分。多数情况下需要静脉营养，全身长期的营养管理需要考虑胃造瘘，如果能采取适当的摄食咽下方法，同样可以保证水分和营养的供应，还有可能进行直接咽下训练
2 级	食物误咽：有误咽，改变食物的形态没有效果，水和营养基本上由静脉供给，长期管理应积极进行胃造瘘，因单纯的静脉营养就可以保证患者的生命稳定性，这种情况尽管间接训练不管什么时间都可以进行，但直接训练要在专门设施条件下进行
1 级	唾液误咽：连唾液都产生误咽，有必要进行持续的静脉营养，由于误咽难以保证患者的生命稳定性，并发症的发生率很高，不能试行直接训练

9. 脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准中的吞咽困难亚量表

该量表分为 5 个评分级别，0 分为正常，6 分为吞咽障碍程度最高，见表 1-14-6。

疗效判定标准分无效和有效两级。无效：治疗后得分无增加；有效：治疗后得分增加 1 级。

表 1-14-6　脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准中的吞咽困难亚量表

评分	标准
0 分	没有异常
2 分	有一定困难，吃饭或喝水缓慢，喝水时停顿比通常次数多
4 分	进食明显缓慢，避免一些食物或流质
5 分	仅能吞咽一种特殊的饮食，如单一的或绞碎的食物
6 分	不能吞咽，必须用鼻饲管

（二）适用范围及对象

该量表达用于脑血管疾病、脑卒中后吞咽障碍者，老年人及一切原因引起的吞咽困难者。

（三）临床应用

1. 评估患者的吞咽功能，了解吞咽困难的程度，指导干预措施

选择合适的吞咽功能量表，了解患者的吞咽情况，根据吞咽困难程度及分级，给予患者有针对性的治疗、护理与指导，从而预防误咽、肺部感染等。严文伟、宋郑宏等通过电视 X 线透视吞咽功能检查（VFSS）对老年患者吞咽功能进行评估，观察误吸发生的情况及康复前后误吸程度的变化，并给予针对性的康复训练，改善患者的吞咽功能，有效的控制老年患者的误吸。研究表明：VFSS 可准确诊断老年患者吞咽功能障碍中较为常见的误吸。

2. 作为吞咽障碍治疗效果的评判标准

每一个量表都可以作为疗效的评价工具，治疗前后选择同一个量表对患者进行评估，可以准确反映治疗效果。通过疗效的观察，可以研究开发更多的治疗方法。林飞燕等研究针刺配合吞咽训练治疗中风慢性期吞咽障碍的疗效，将 65 例患者随机分为针刺配合吞咽训练组和单纯吞咽训练组，治疗前后均采用床边吞咽功能评价量表进行评价，结果治疗组疗效明显优于对照组，表明针刺配合吞咽训练治疗中风慢性期吞咽障碍疗效显著。

二、应用举例

我们以黄宝延、沈宁等发表的文章“临床护理用吞咽功能评估工具的信效度研究”[中华护理杂志，2007，42（2）：127－130] 为例说明吞咽功能评估工具的临床应用。

（一）内容介绍

为了对临床护理用吞咽功能评估工具（Clinical Nursing Swallowing Assessment Tool，CNSAT）进行测量学检验。研究者使用 CNSAT 对 90 例急性期和慢性期脑血管病患者的吞咽功能进行评估，根据评估结果检验该工具的信度和效度，同时初步确定参考判断临界值。结果发现临床护理用吞咽功能评估工具评定者信度良好，与康复中心治疗师对患者吞咽功能的评估得分差异无显著意义；同质性信度也较好，Cronhach's $\alpha=0.8890$。CNSAT 可初步判断脑血管病患者有无吞咽障碍，显示其有较好的区分效度。同时与才藤荣一吞咽障碍 7 级评价法有较好的相关性（$r=-0.878$），提示其具有较好的效标关联效度。将 CNSAT 得分 4 分定为吞咽障碍可疑，6 分设定为初步判断吞咽障碍的临界值。CNSAT 是一种简单、方便、安全的评估工具，其信度和效度较好，适合临床护理工作者评估脑血管病患者的吞咽功能，并能初步筛选出存在吞咽障碍的患者。

（二）应用解析

该文是吞咽功能评估工具研发的一个好例子，将以往评估量表为基础，制定适合于临床护理用的评估工具。在效标关联效度的研究中，将才藤荣一吞咽障碍 7 级评价法作为标准工具，检验 CNSAT 与该标准工具的相关性。结果表明该量表评估吞咽障碍具有良好的信度和效度。但是本研究选取的主要是脑梗死和脑出血的患者，对于其他类型的疾病导致的吞咽障碍，CNSAT 能否准确评定，有待进一步研究。

吞咽功能评估量表很多，但是大多由国外引入中国，不一定适用于我国的国情，每一种量表都需要经过信度和效度的研究检测，才能准确的应用于临床，但是国内关于这方面的研究很少。因此研究国外量表在中国的适用性和开发新的评估量表是我们亟待解决的问题。

第十五节　关节置换术后关节功能评价

随着我国老年人口的增多，老年病也随之增多，其中老年人的骨关节疾病发病率越来越高，而随着人工关节生物力学和材料学的迅速发展，全髋关节置换、全膝关节置换技术日趋成熟，并为越来越多的人所接受。术后髋关节、膝关节功能恢复的正确评价也至关重要。目前髋关节功能恢复评价多采用 Harris 评分法，该评分法在国内外髋关节置换术疗效评价中都得到了一定应用，国内有不少髋关节置换疗效文献都使用了 Harris 评分法；对全膝关节置换术（Total Knee Arthroplasty，TKA）后的早期功能恢复的评分多采用美国纽约特殊外科医院的膝关节评分标准（Hospital for Special Surgery Knee Score，简称 HSS）进行评分。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. Harris 评分

总分为 100 分，包括疼痛、步态、功能活动、畸形和活动度 5 个方面，见表 1 - 15 - 1。患者各个项目实得分值的总分即为该患者 Harris 评分的总得分，在临床工作中，优秀≥90 分，良好 80～89 分，一般 70～79 分，差<70 分。人工全髋关节置换术后评定系统是衡量手术成功与否的重要依据。Harris 评分标准是目前国内外最为常用的人工全髋关节置换术评分标准，主要包括髋关节疼痛和功能。

表 1 - 15 - 1　Harris 髋关节功能活动标准

内　容	评定标准	得分
1. 疼痛	无痛	40
	轻度：偶有疼痛	30
	中度：步行时痛，休息后缓解，偶尔需服止痛药	20
	重度：步行时疼痛加重，休息后减轻，有自发痛，常用止痛药	10
	极重度：持续性自发痛，不能行走	0
2. 活动度	正常或接近正常：屈曲>90°，内外旋>30°，外展>30°	20
	良好：屈曲>60°，内外旋>20°，外展>20°	15
	尚可：屈曲>30°，内外旋>10°，外展>10°	10
	差：屈曲>30°，外展<10°	5
	无：屈曲<10°或强直	0
3. 步行能力	正常或基本正常：长距离行走时有轻度跛行	30
	轻度受限：轻度跛行，不用拐，30 分钟可行 2000m	25
	中度受限：单拐可行走>500m；不用拐<100 m；明显跛行	15
	明显受限：双拐可行走>300m；使用单拐可行走<100m；无拐仅能室内活动	5
	卧床	0

续表

内容		评定标准	得分
4. 日常生活活动	a. 上楼	正常不用扶手	3
		正常但用扶手	2
		不能上楼	0
	b. 穿脱鞋袜	容易	3
		困难	2
		不难	0
	c. 坐	能坐普通椅子>1h	4
		坐高椅>0.5h	3
		坐高椅<0.5h	2
		不能坐	0

2. HSS评分

该量表包括7个部分，39个条目，满分为100分，主要包括疼痛30分、功能22分、活动度18分、肌力10分、畸形10分、稳定性10分，使用支具或有关节伸直滞缺要减分，详细评分标准见表1-15-2。总分>85分为优，70～84分为良，60～69分为尚可，<60分为差。≥70分即评分优良的表明膝关节功能较好，<70分即表明膝关节功能较差。59分以下为差。此评分法中疼痛和关节行走能力所占分值比例较大，说明患者疼痛症状的改善和是否恢复正常行走功能，是观察TKA术后疗效的重要指标。

表1-15-2　膝关节HSS评分

内容	评定标准	得分
1. 疼痛	任何时候均无疼痛	30
	行走时无疼痛	15
	行走时轻度疼痛	10
	行走时中度疼痛	5
	行走时严重疼痛	0
	休息时无疼痛	15
	休息时轻度疼痛	10
	休息时中度疼痛	5
	休息时严重疼痛	0
2. 功能	行走站立无限制	22
	行走2500～5000m和站立0.5h以上	10
	行走500～2500m和站立可达0.5h	8
	行走少于500m	4
	不能行走	0
	屋内行走，无需支具	5

续表

内　容	评定标准	得分
2. 功能	屋内行走，需要支具	2
	能上楼梯	5
	能上楼梯，但需支具	2
3. 活动度	8°＝1分	
	最高18分	
4. 肌力	优：完全能对抗阻力	10
	良：部分对抗阻力	8
	中：能带动关节活动	4
	差：不能带动关节活动	0
5. 屈曲畸形	无畸形	10
	小于5°	8
	5°～10°	5
	大于10°	0
6. 稳定性	正常	10
	轻度不稳0°～5°	8
	中度不稳5°～15°	5
	严重不稳大于15°	0
7. 减分项目	单手杖	－1
	单拐杖	－2
	双拐杖	－3
	伸直滞缺5°	－2
	伸直滞缺10°	－3
	伸直滞缺15°	－5
	每5°外翻	－1×
	每5°内翻	－1×

（二）适用范围及对象

Harris评分适合髋关节术后患者的髋关节功能状态的评估，HSS评分适合于膝关节术后患者膝关节的功能评分。

（三）临床应用

Harris评分由黄必留等通过对人工全髋关节置换术后使用Harris评分患者自评和医生评定的结果进行比较，发现患者的自评和医生的评分结果相符，说明该评价标准可作为人工全髋关节置换术后的一种有效的评价工具。李华等对临床62名患者进行Harris评分法和X

射线对比研究发现，两种评价法各有优缺点，如果能将 Harris 评分法和 X 射线结合应用可以更好的反应全髋关节置换术的疗效评价。

HSS 评分在国内的膝关节功能评定中的应用十分广泛，如谢士成等为了总结对膝关节重度屈曲畸形患者行人工全膝关节置换术的手术方法和临床疗效，采用 HSS 评分法对 13 例 22 膝膝关节置换术患者进行术后的功能评定，从而评价手术的临床疗效。

二、应用举例

我们以王晓庆等发表的文章“老年人膝关节置换术的康复护理”［中国康复，2006，21（3）：207］为例，说明膝关节 HSS 评分量表在评定患者膝关节的功能状态中的实际应用。

（一）内容介绍

为了探讨老年人膝关节骨关节炎置换术围术期康复护理的临床疗效，该文作者对 58 例（66 膝）膝关节置换的老年患者手术前后进行心理护理及康复训练，并应用 HSS 评分标准进行评定。结果发现术后经过 3 个月至 4 年随访，58 例患者 HSS 评分由治疗前平均 36 分提高至 86 分，优良率为 94%。

（二）应用解析

护理干预在全膝关节置换术患者的术后功能康复中具有重要意义。老年人膝关节置换术前后进行康复护理，均能达到理想的手术效果，并降低术后并发症。用此评分方法不仅能对膝关节病变做术前客观评判，同时也可以做术后评判，以判定手术疗效。

参考文献

1 朱国雄. 现代国际创伤评分分类法. 实用医药杂志，2003，20（11）：869－871

2 都定元. 创伤评分的演进与 AIS 2005. 创伤外科杂志，2006，8（3）：193－197

3 顾彬. 创伤评分法在严重创伤患者急诊救治中的应用. 中国全科医学，2010，13（15）：1671－1672

4 陈维庭. 创伤评分法现状及展望. 创伤外科杂志，2000，2（2）：65－67

5 曹光磊，沈惠良. 创伤评分及结果预测系统的发展与现状. 中华创伤杂志，2004，20（8）：510－512

6 江学成. 危重疾病严重程度评分临床应用和意义. 中国危重病急救医学，2000，12（4）：195－197

7 胡宁利. 我国危重疾病评分系统应用现状. 中国危重病急救医学，2001，13（2）：73－75

8 徐建珍，钱瑞莲，赵卫红，等. Braden 评分预测神经科患者压疮的准确性及影响准确性因素的分析. 中国实用护理杂志，2007，23（3）：42－44

9 邓跃林. 早期识别“急诊潜在危重患者”新方法. 中国医学论坛报，2006，24

10 Subbe CP，Kruger M，Rutherford P，et al. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. Q J Med，2001，94（10）：521－526

11 Subbe CP，Davies RG，Williams，et al. Effect of introducing the Modified Early Warning score on clinical outcomes，cardio-pulmonary arrests and intensive care utilization in acute medical admissions. Anaesthesia，2003，58（11）：1154

12 Li YX，Ye HM. The prediction value of modified early warning score grade for death of the patients in intensive care unit. Zhongguo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue，2008，20（7）：419－421

13 孟新科，杨径，吴华雄，等. MEWS 与 APACHEⅡ评分在急诊潜在危重病患者病情评价和预后预测中的对比研究. 实用临床医药杂志，2005，9（8）：1－4

14 李子剑. 建立在MEWS上的急诊程序化监护方案与急诊常规监护方案的临床对照研究. 中南大学硕士论文，2008

15 Pittard AJ. Out of our reach? Assessing the impact of introducing a critical care outreach service. Anaesthesia，2003，58（9）：882-885

16 谭雯，候丹，沈建华. 改良早期预警评分系统在急诊护理中的应用. 解放军护理杂志，2009，26：50-51

17 Bone BC，Balk RA，Cerra FB，et al. The ACCPS/CCN Consensus Conference Committee：definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med，1992，20（4）：864-974

18 Malone DL，Kuhls D，Napolitano LM，et al. Back to basics：Validation of the admission austemic inflammatory response syndrome score in predicting outcome in trauma. J Trauma，2001，51（3）：458-463

19 袁壮，刘春峰. 危重患儿全身炎症反应综合征与临床应用评价. 小儿急救医学，2000，7（4）：173-175

20 耿岩，史计月，李临英，等. SIRS评分指导高危妊娠患者护理的多中心研究. 中国妇幼保健，2007，6（22）：719-721

21 文新忠，石斌，郭洪，等. 对SIRS评分与APACHEⅡ评分预测重型颅脑损伤患者预后的研究. 卫生职业教育，2007，25（12）：127-128

22 赵霞，王力红，马文峰，等. SIRS评分预测重症监护病房患者发生医院感染与预后的研究. 中华医院感染学杂志，2009，19（22）：3032-3034

23 姚文章，麻晓林，李英才，等. SIRS评分预测创伤后感染的研究. 创伤外科杂志，2004，6（1）：31-33

24 彭伶丽，王红红. APACHE评分及其在护理领域的应用进展. 护理学杂志，2008，23（21）：78-80

25 Knaus WA，Zmmerman J E，Wanger DP，et al. APACHE acute physiology and chronic health evaluation：a physiologically classification system. Crit Care Med，1981，9（8）：591-597

26 Knaus WA. APACHE Ⅱ：a severity of disease classification system. Crit Care Med，1985，13（10）：818-828

27 Kho ME，McDonald E，Stratford PW，et al. Interrater reliability of APACHE Ⅱ scores of medical-surgical intensive care patients：aprospective blinded study. Am J Crit Care，2007，16（4）：378-383

28 Knaus WA，Wager DP，Draper EA，et al. The APACHE Ⅲ prognostic system：risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. Chest，1991，100（6）：1619-1636

29 Ihnsook J，Myunghee K，Jungsoon K. Predictive accuracy of severity scoring system：a prospective cohort study using APACHE Ⅲ in a Korean intensive care unit. Int J Nurs Stud. 2003，40（3）：219-226

30 Zimmerman JE，Kramer AA，Mcnair DS，et al. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation（APACHE）Ⅳ hospital mortality assessment for today's critically patients. Crit Care Med，2006，34（5）：1538-1539

31 Zimmerman JE，Kramer AA，Mcnair DS，et al. Intensive care unit length of stay：Benchmarking based on Acute Physiology and Chronic Health Evaluation（APACHE）Ⅳ. Crit Care Med，2006，34（10）：2517-2529

32 Kiekkas P，Brokalaki H，Manolis E，et al. Patient severity as an indicator of nursing workload in the intensive care unit. Nursing Crit Care. 2007，12（1）：34-41

33 张敏，卢琦萍，张智勇. APACHEⅡ评分及护理对策系统在腹部创伤中的应用. 中国实用护理杂志，2004，20（10）：30-31

34 简洁，余志华，陈远芳. APACHEⅡ评分在制定ICU患者护理干预措施中的应用研究. 护理学杂志，

2005，20（15）：3-5
35 王卓，杨凤池，翁以炳．单间ICU患者压力因子与急性生理紊乱与慢性健康评估评分相关性研究．中国健康心理学杂志，2002，15（5）：448-450
36 乐革芬，章凌华．APACHEⅢ在老年急性腹膜炎手术患者护理中的应用．护理学杂志，2007，22（6）：23-25
37 周莹，王翠玉，郭彩云，等．APACHEⅡ评分在重型肝炎患者护理中的应用．解放军护理杂志，2007，24（9B）：37-38
38 陈远芳，余志华，程文蕾．APACHEⅡ评分在神经内科危重患者护理中的应用．护理研究，2006，20（7）：1749-1750
39 赵玉敏，张连荣，冯吉焕．APACHEⅡ评分系统在重症监护病房护理管理中的应用．中国实用护理杂志，2006，22（6）：6-7
40 何满红，赵小裴，邓哲，等．基于APACHEⅡ评分的护理对策在MODS患者中的应用研究．中国实用护理杂志，2007，23（3）：5-8
41 叶向红，倪元红，王新颖，等．外科危重患者肠内营养支持的观察和护理．肠内与肠外营养，2003，10（40）：250-253
42 侯延菊，王婧，邱妮娜，等．应激性溃疡与APACHEⅡ评分的相关性研究及预见性护理．中国实用护理杂志，2007，23（8）：30-31
43 陈苒．腹部创伤护理监测及对策系统的临床应用．中华护理杂志，2000，35（5）：277-279
44 Robas Gomez A，Romero Romero V，Garcia Garcia R，et al. Is the NEMS scale useful to describe homogeneously a population of patients in Intensive Care? Enferm Intensiva，2007，18（2）：70-77
45 章凌华，乐革芬．4种危重评分系统在老年急性腹膜炎患者预后评估中应用的比较．中华护理杂志，2007，42（11）：1004-1006
46 马继红，陈欣怡，周素鲜，等．建立监护技术协作网络，提高重症护理水平．解放军护理杂志，1998，15（4）：9-10
47 Jacobs S，Zuleika M，Mphansa T. The multiple organ dysfunction score as a descriptor of the patient outcome in septic shock compared with two other scoring systems. Crit Care Med，1999，27（4）：741-744
48 Chen SL，Wei IL，Sang YY，et al. ICU nurses' knowledge of，and attitudes towards，the APACHEⅡ scoring system. J Clin Nurs，2004，13（3）：287-296
49 孟新科，邓跃林．APACHE评分系统的研究现状及展望．中国急救医学，2001，21（7）：430-432
50 周素鲜，马继红，陈欣怡，等．护理干预内容列入重症患者评估积分的研究与探讨．中华护理杂志，2001，36（7）：485-488
51 熊杰，黄素芳，刘伟权．APACHEⅡ评分在ICU分级护理中的应用．护理学杂志，2010，25（13）：16-18
52 Le Gall R，Lemeshow S，Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score（SAPSⅡ）based on a European/North American multicenter study. JAMA，1993，270：2957-2963
53 Metnitz PG，Moreno RP，Almida E，et al. SAPS3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit Part 1：Objectives，methods and cohort descripition. Intensive Care Med，2005，31：1336-1344
54 陈珊珊，曹霖，汪晓东，等．急性简化生理学评分Ⅲ的应用现状．中国呼吸与危重监护杂志，2009，8（2）：202-206
55 吴曙华，刘励军，沈斌，等．SAPSⅡ评分系统在综合ICU中的应用价值．苏州大学学报，2003，23（2）：179-181

56 Tempe A, Wadhwa L, Gupta S, et al. Prediction of mortality and morbidity by simplified acute physiology score Ⅱ in obstetric intensive care unit admissions. Indian J Med Sci, 2007, 61 (4): 179-185
57 Vasilevskis EE, Kuzniewicz MW, Cason BA, et al. Mortality probability model Ⅲ and simplified acute physiology score Ⅱ: assessing their value in predicting length of stay and comparison to APACHE Ⅳ. Chest, 2009, 136 (1): 89-101
58 Fueglistaler P, Amsler F, Schüepp M, et al. Prognostic value of Sequential Organ Failure Assessment and Simplified Acute Physiology Ⅱ Score compared with trauma scores in the outcome of multiple-trauma patients. Am J Surg, 2010, 200 (2): 204-214
59 刘兰，刘伯仁，杨秀林，等. 急性有机磷中度患者血浆 P-选择素与 SAPSⅡ关系研究. 中国急救医学，2005, 25 (7): 489-491
60 周秀华. 急危重症护理学. 北京：人民卫生出版社，2005
61 Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, et al. Multiple Organ Dysfunction Score: a reliable description of a complex clinical outcome. Crit Care Med, 1995, 23 (10): 1638-1652
62 王今达，王宝恩. 多脏器功能失常综合征（MODS）病情分期诊断及严重程度评分标准. 中国危重病急救医学，1995, 7 (6): 346-348
63 邓跃林，周利平. 多器官功能障碍综合征或多器官衰竭评分系统的研究现状. 世界急危重病医学杂志，2004, 7 (1): 310-315
64 周利平，邓跃林，唐朝喜. APACHEⅡ评分引入 MODS 评分系统对急诊内科危重患者预后的预测价值. 中国现代医学杂志，2004, 14 (9): 116-118
65 Ferreira FL, Bota DP, Bross A, et al. Serial evalution of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. JAMA, 2001, 286: 1754-1758
66 Regal G, Grotz M, Weltner T, et al. Pattern of organ failure following severe trauma. World J Surg. 1996, 20 (40): 422-429
67 Hirasawa H, Sugai T, Ohtake Y, et al. Cellular injury score as an index of the severity of patients with multiple organ failure. Circ Shock, 1991, 34: 75
68 Oda S, Hirasawa H, Sugai T, et al. Cellular injury score for multiple organ failure severity scoring system. J Trauma, 1998, 45 (2): 304-311
69 格拉斯哥预后量表（GOS）简介. 临床荟萃，2010, 25 (13): 1122
70 Wang Guoliang, Zhu Cheng. Effects of thyrotropin-releasing hormone on severe head injury: A preliminary clinical trial. J Med Coll PLA, 1999, 14 (1): 62-67
71 杨洪菊，曾伟. GCS 曲线图用于颅脑外伤患者病情判断的研究. 中华护理杂志，2005, 40 (10): 767-769
72 齐宇洁，陈贤楠. 改良 Glasgow 昏迷评分法在儿科急救中的应用. 小儿急救医学杂志，1996, 3 (1): 23-25
73 李成英. 危重颅脑损伤术后应用格拉斯哥昏迷评分护理. 航空航天医药，2010, 21 (4): 589
74 马永盛，陈亮，衣兰凯. GCS 和 ICS 及 APACHEⅡ 3 种临床评分对昏迷患者的预后评估. 中国全科医学，2008, 11 (10A): 1761-1765
75 徐来长，尚红超，年文艳. 昏迷患者 30 例 Glasgow 评分及预后分析. 中华全科医学，2009, 7 (5): 495-496
76 张新华. 卒中患者 Glasgow 昏迷量表言语评分的 3 种方法比较. 国外医学脑血管疾病分册，1999, 7 (2): 123
77 单秀连. 对护士实施格拉斯哥昏迷评分的评价. 护士进修杂志，2004, 19 (6): 496-497
78 彭冬华，吴建新，等. 外伤性颅脑损伤昏迷患者术后 BIS 监测及其意义. 医学临床研究，2010,

27 (3): 496 - 497
79 宋国维. 积极推广应用小儿危重病例评分法. 中华儿科杂志, 2003, 41 (8): 561 - 563
80 马文成, 石国光, 严建江, 等. 小儿危重病例评分法在危重儿童院间转运中的应用. 中国妇幼保健, 2005, 20: 2800 - 2802
81 张聪聪, 吴欣娟. 老年患者压疮评估工具研究进展. 中国护理管理, 2009, 19 (4): 43 - 45
82 Schoonhoven L, Haalboom JR, Bousema MT, et al. Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers. British Medical Journal, 2002, 325 (12): 797 - 800
83 王晓凤, 侯铭, 贲艳丽, 等. 3 种压疮评估工具的临床效度测定. 护理学杂志, 2009, 11 (3): 79 - 80
84 邢华英, 张英. 老年难免性压疮患者的循证护理. 江苏医药, 2010, 36 (14): 1642 - 1644
85 谭翠莲, 喻姣花, 黄海燕, 等. 循证护理干预应用于胃肠外科压疮高危患者的观察. 中国误诊学杂志, 2009, 9 (35): 8596 - 8597
86 殷小勇, 张慧晶. Norton 压疮危险因素评估表在老年癌症 60 例中的应用. 医药世界, 2009, 19: 79 - 80
87 谢小燕, 刘雪琴. 两种压疮危险因素评估量表在手术患者中信度和效度比较研究. 中华护理杂志, 2006, 41 (40): 359 - 361
88 毕红月, 王欣然, 韩斌如. ICU 压疮高危患者的预防. 护理研究, 2010, 24 (4): 1086 - 1088
89 Curley MAQ, Quigley SM, Lin M. pressure ulcer in pediatric intensive care: Incidence and associated factors. Pediatr Crit CareMed, 2003, 4 (3): 284 - 290
90 田爱武, 刘婷. Braden 压疮危险因素评估量表对基层医院危重患者的适用性研究. 护理研究, 2010, 24 (5): 1174 - 1175
91 李杰. Braden 法在神经外科重症患者中的应用. 中国民康医学, 2010, 22 (3): 341 - 342
92 徐阳, 谢浩. 压疮的危险因素评估及预防研究概况. 当代医学, 2010, 16 (9): 26
93 王瑞霞, 崔文芳. 压疮危险因素评估情况登记表在临床护理工作中的应用. 现代护理, 2010, 7 (16): 127
94 徐胜军. 卧床患者压疮危险因素评估及预防. 全科护理, 2010, 8: 1826
95 王彩凤, 巫向前. 3 种评估表对住院老年人压疮预测能力的比较研究. 中华护理杂志, 2008, 43 (1): 15 - 18
96 鄢敏, 孙丽霞, 王秀敏, 等. Waterlow Scale 评分表应用于昏迷卧床患者的护理研究. 现代护理, 2008, 5 (5): 121 - 122
97 何华英, 杜峻, 李雪霜. Waterlow 危险因素评估表及分级护理法预防压疮效果观察. 护理学杂志, 2005, 20 (19): 9 - 11
98 谭洁, 程薇, 郑迎春. Waterlow 量表在高龄住院患者压疮危险因素评估中的应用. 解放军护理杂志, 2009, 26 (10A): 23 - 25
99 路伟, 靳雁, 宋汉歌, 等. 依据 Waterlow 评分进行分级护理在降低急危重症患者压疮发生率中的作用. 中国全科医学, 2008, 11 (12A): 2161 - 2163
100 Waterlow J. The history and use of Waterlow card—expiation of the background and outlines its current use in all areas of care. Nurs Times, 1998, 98 (2): 7
101 张聪聪, 吴欣娟. 老年患者压疮评估工具研究进展. 中国护理管理, 2009, 9 (4): 43 - 45
102 杨燕敏, 曹厚德. 采用 DSA 设备评价吞咽功能的初步探讨. 中国医学计算机成像杂志, 2006, 12 (4): 284 - 285
103 黄宝延, 沈宁, 李胜利, 等. 临床护理用吞咽功能评估工具的信效度研究. 中华护理杂志, 2007, 42 (2): 127 - 130
104 彭君华, 于海渡. 针刺舌三针结合康复训练治疗中风假性球麻痹 37 例临床研究. 山西中医, 2008, 24 (6): 38 - 39

105 刘志顺，刘保延，张维，等. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍临床研究. 中国针灸，2002，22，(5)：291-294
106 严文伟，宋郑宏，谈雪梅，等. 透视吞咽功能检查在老年人误吸诊治中的应用. 中国康复医学杂志，2006，21 (12)：1125-1126
107 汪进丁，唐震宇，符丽君，等. 急性脑梗死部位及面积与吞咽障碍严重程度的关系. 中国康复医学杂志，2009，24 (11)：1015-1017
108 夏文广，郑婵娟. 吞咽障碍评价标准评定脑卒中后吞咽障碍患者的信度和效度分析. 中华物理医学与康复杂志，2009，31 (12)：817-819
109 林飞燕，李慧敏，金永源，等. 针刺配合吞咽训练治疗中风慢性期吞咽障碍的临床研究. 针灸临床杂志，2007，23 (2)：5-6
110 Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures：treatment by mold arthropasty：an end-result study using a new method of result evaluation J Bone Jonit Surg (Am)，1969，51：737-755
111 黄必留，余楠生. 人工全髋关节置换术后 Harris 评分. 现代临床医学生物工程杂志. 2004，10 (1)：44-46
112 李华. Harris 评分法与 X 射线评分法在全髋关节置换术疗效评价中的比较. 医学信息，2010，23 (5)：1334-1335
113 Insall JN，Ranawat CS，Aglietti P et al. A comparison of four models of total knee replacement prostheses. J Bone Joint Surg，1976，60：754
114 Wilson CA，Fitzgerald B，Tait GR，et al. Five year review of the Rota glide total knee Arthroplasty. The knee，2003，10：167-171
115 李建华，陈文君，寿依群. 人工膝关节置换术后康复评价量表应用与康复训练研究进展. 中国康复医学杂志，2003，18 (9)：575-576
116 谢士成，石荣玉，胡如印. 人工全膝关节置换治疗膝关节重度屈曲畸形. 中国修复重建外科杂志，2010，24 (11)：1403-1404
117 王晓庆，罗存珍，李凤华，等. 老年人膝关节置换术的康复护理. 中国康复，2006，21 (3)：207

第二章 患者生活质量评价

当代医学发展的趋势是：宏观上，单纯的生物医学模式正向生物—心理—社会医学模式过渡，医学的目的与健康的概念不再单纯是生命的保存与延长，而同时要提高生活质量，即促使和保持个体在躯体、心理、社会功能诸方面的完好状态。微观上，一方面人们开始注意自身生活方式、行为方式、精神应激与健康、疾病的关系，寻找促进健康的方法，来减少疾病的发生与医药资源的消耗；另一方面，对某一疾病的研究与医疗干预手段的疗效评估，在注重用生物学指标评估器官功能的同时，也开始应用心理、社会学指标来全面评价与研究具有心理、社会特征的“整个患者”，以弥补传统的单一生物学指标的不足，获得更为全面的疗效评估资料，提高有限的医药资源投入效益。据此，近年来国内外诸多学者提出了生活质量这一概念作为个体生理、心理、社会功能的综合指标来评估临床疗效、疾病预后、人群健康水平以及医药资源分配方式。生活质量评价系统所包含的量表很多，本章主要介绍临床常用生活质量普适性量表及常见慢性病、多发病特异性量表。为广大护理工作者进行护理研究提供参考，为护理决策提供依据。

第一节 世界卫生组织生存质量测定量表

随着社会的发展，人们对健康的理解越来越全面。健康不仅仅意味着生理上的无疾病，还包括良好的心理状态和社会关系。制定生存质量测定量表是世界卫生组织为实现“人人健康”而实施的众多计划之一。世界卫生组织与健康有关生存质量测定量表（WHOQOL）是由世界卫生组织研制的、用于测量个体与健康有关的生存质量的国际性量表。目前，已经研制成的量表有 WHOQOL-100 和 WHOQOL-BREF。WHOQOL-100 量表是在世界卫生组织的统一领导下，由 15 个处于不同文化背景、不同经济发展水平的国家和地区的研究中心共同研制的。主要是评价不同文化和价值体系中的个体对与他们的目标、期望、标准以及所关心的事情有关的生存状况的体验。它在近 15 个不同文化背景下经数年众多研究人员的通力协作研制而成，并已在 37 个地区中心进行了考核。WHOQOL-BREF 是在 WHOQOL-100 基础上研制的简化量表，它包含 26 条问题条目。WHOQOL 不仅具有较好的信度、效度、反应度等心理测量学性质，而且具有国际可比性，即不同文化背景下测定的生存质量得分具有可比性，因此在世界范围内广泛应用。

中山医科大学卫生统计学教研室方积乾教授领导的课题组受世界卫生组织和中华人民共和国卫生部的委托，在世界卫生组织生存质量测定量表 WHOQOL-100 和 WHOQOL-BREF 英文版的基础上，结合中国国情，遵照世界卫生组织推荐的程序，制定了上述两种量表的中文版。对 WHOQOL 两种量表中文版进行信度、效度等计量心理指标考核，发现量表具有较好的内部一致性、良好的区分效度和结构效度。该中文版量表已被我国政府列为卫生行业标准，应用时应严格按照卫生部行业标准（编号 WS/T119—1999）施行。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. WHOQOL-100评分方法

WHOQOL-100量表包含100个条目，覆盖了与生存质量有关的6个领域和24个方面以及1个评价一般健康状况和生存质量的评分。6个领域包括被评价者的生理、心理、独立性、社会关系、环境和精神/宗教信仰等内容。每个方面有4个问题条目，每个问题的编码格式是“F”，其中“F”表示问题所属的方面，“.”表示该方面的问题序号，例如：“F7.2”表示第7方面的第2个问题。各个领域和方面的得分均为正向得分，即得分越高，生存质量越好。制订者并不推荐将量表所有条目得分相加计算总分。考察一般健康状况和生存质量的4个问题条目（即G1、G2、G3、G4）的得分相加，总分作为评价生存质量的一个指标。量表所包含的领域及方面见表2-1-1，量表的具体条目见表2-1-3。

(1) 方面计分：各个方面的得分是通过累加其下属的问题条目得到的，每个条目对相关方面得分的贡献相等。条目的计分根据其所属方面的正负方向而定，许多方面包含需要将得分反向的问题条目。对于正向结构的方面，所有负向问题条目需反向计分。有3个反向结构的方面（疼痛与不适、消极情绪、药物依赖性）不包含正向结构的问题条目。共有18个项目需反向计分，分别为：F2.2，F2.4，F3.2，F3.4，F7.2，F7.3，F9.3，F9.4，F10.2，F10.4，F13.1，F15.4，F16.3，F18.2，F18.4，F22.2，F23.2，F23.4。各国附加的问题条目归于其所属的方面，且计分方向与该方面一致。下面举例说明方面计分。

如不需要反向计分的方面：积极感受＝(F4.1＋F4.2＋F4.3＋F4.4)。

包含需反向计分条目的方面：精力与疲倦＝F2.1＋(6－F2.2)＋F2.3＋(6－F2.4)。

(2) 领域计分：每个方面对领域得分的贡献相等，各国附加的方面归属于相应的领域，且按正向计分。各个领域的得分通过计算其下属方面得分的平均数得到，计算公式如下，注意根据下面的计算程序负向结构的方面得分需要反向换算。

生理领域＝[(24－疼痛与不适)＋精力与疲倦＋睡眠与休息]/3

心理领域＝[积极感受＋思想、学习、记忆和注意力＋自尊＋身材与相貌＋(24－消极感受)]/5

独立性领域＝[行动能力＋日常生活能力＋(24－对药物及医疗手段的依赖性)＋工作能力]/4

社会关系领域＝(个人关系＋所需社会支持的满意程度＋性生活)/3

环境领域＝[社会安全保障＋住房环境＋经济环境＋医疗服务与社会保障：获取途径与质量＋获取新信息、知识、技能的机会＋休闲娱乐活动的参与机会与参与程度＋环境条件（污染/噪声/交通/气候）＋交通条件]/8

精神/宗教信仰领域＝精神支柱/宗教/个人信仰

(3) 得分转换：各个领域及方面的得分均可转换成百分制，方法是：

转换后得分＝(原来的得分－4) (100/16)

(4) 关于数据缺失：当一份问卷中有20％的数据缺失时，该份问卷便作废。如果一个方面中有一个问题条目缺失，则以该方面中另外条目的平均分代替该缺失条目的得分。如果一个方面中有多于两个（包含两个）条目缺失，那么就不再计算该方面的得分。对于生理、

心理和社会关系领域，如果有一个方面的得分缺失，可以用其他方面得分的平均值代替。对于环境领域，可以允许有两个方面的缺失，此时用其他方面得分的平均值代替缺失值。

（5）附加问题：除了原版的100个问题，中文版还附加了3个问题。①家庭摩擦问题：对于大多数中国人，家庭生活是很重要的。家庭冲突会影响生存质量。尽管在原来的100个问题中有了家庭关系的问题，但是家庭成员中存在冲突并不意味家庭关系较差，所以中文版增加了一个新问题：家庭摩擦影响您的生活吗？②食欲问题：食欲是中国人饮食文化中的重要因素，我国中医问诊特别重视患者的食欲。于是，中文版又附加了一个问题：您的食欲怎么样？③生存质量的总评价：一般认为，受各种原因的影响，对单个问题的答案可能或多或少地偏离真值，而患者对自己的生存质量的总的评价是相对稳定的。所以中文版附加了一个概括性的问题：

如果让您综合以上各方面（生理健康、心理健康、社会关系和周围环境等方面）给自己的生存质量打一个总分，您打多少分？（满分为100分）

2. WHOQOL-BREF评分方法

虽然WHOQOL－100能够详细地评估与生存质量有关的各个方面，但是有时量表显得冗长。基于此目的，世界卫生组织发展了世界卫生组织生存质量测定量表简表（WHOQOL-BREF）。简表保留了量表的全面性，仅包含了26个问题。

WHOQOL-BREF量表中的问题按回答的格式而分组，两种量表（WHOQOL－100和WHOQOL-BREF）中的问题编号是相同的，以便于两种版本中同一项目之间相互比较，WHOQOL-BREF所包含的领域参见表2－1－2，该量表具体条目见表2－1－4。

WHOQOL-BREF量表能够产生4个领域的得分。量表包含两个独立分析的问题条目：问题1（G1）询问个体关于自身生存质量的总的主观感受；问题2（G4）询问个体关于自身健康状况的总的主观感受。领域得分按正向计算（即得分越高，生存质量越好），因此，有3个条目须反向计分，分别为问题1、问题3和问题26。领域得分通过计算其所属条目的平均分再乘以4得到，结果与WHOQOL－100的得分具有可比性，还可以采用WHOQOL－100量表评分方法中提出的公式将得分转换为百分制。

当一份问卷中有20%的数据缺失时，该份问卷便作废。如果一个领域中有不多于2个问题条目缺失，则以该领域中另外条目的平均分代替该缺失条目的得分。如果一个领域中有多于2个条目缺失，那么就不再计算该领域的得分（社会关系领域除外，该领域只允许不多于一个问题条目缺失）。

3. WHOQOL－100和WHOQOL-BREF表中的问题及格式原则上不能改动。在进行生存质量调查时，假如回答者有足够的能力阅读量表，应由其本人填写或回答。否则，可由访问者帮助阅读或填写。WHOQOL量表测定的是最近2周的生存质量的情况，但在实际工作中，根据工作的不同阶段的特殊性，量表可以考察不同长度的时间段的生存质量。例如：评价一些慢性疾病如关节炎、腰背痛患者的生存质量，可调查近4周的情况。在接受化学药物治疗的患者的生存质量评价中，主要根据所要达到的疗效或产生的不良反应来考虑时间框架。

（二）适用范围及对象

WHOQOL量表为测量生命质量的普适性量表。普适性量表内容综合，范围广泛，可用于不同人群的比较。

（三）临床应用

WHOQOL－100 和 WHOQOL-BREF 可以用于医疗实践、医学研究、医疗考核、政策制定、不同疗法的疗效及其特色的评价。它们也可以用于评价不同文化背景下和（或）比较同一文化下亚群之间的生存质量的差异；测量生活环境改变后时间效应的生存质量变化。韩耀风等用等级 logistic 回归和 IRT-ANOVA 两种方法对世界卫生组织生存质量研究小组提供的来自香港和阿根廷的 WHOQOL－100 社会关系领域的数据进行项目功能差异分析，结果发现 WHOQOL－100 量表社会关系领域条目中 F13.4、F14.4、F15.3 和 F15.4 同时被 logistic 回归和 IRT-ANOVA 诊断为有项目功能差异，条目 F15.2 只被 IRT-ANOVA 诊断为有项目功能差异，说明在跨文化生存质量研究中存在有项目功能差异的项目，在今后的研究中需要对有项目功能差异的条目进行纠正，以使不同文化背景下的生存质量得分可以相互比较。梁执群等为探讨 WHOQOL-BREF 在 2 型糖尿病患者生存质量评价中的信度与效度，对 210 名 2 型糖尿病患者进行问卷调查，结果该量表用于评价 2 型糖尿病患者生存质量的分半信度为 0.843，效标效度为 0.72，具有较好的信度与效度。陆敏强等采用 WHOQOL-BREF 表对 29 例良性终末期肝病患者在肝移植术前、术后 1～3 个月、术后 4～6 个月以及术后 6 个月以上 4 个时间段进行生存质量的测评，以了解肝移植手术对良性终末期肝病患者生存质量的改变情况。周云采用阳性与阴性症状量表和 WHOQOL－100 量表评价齐拉西酮、舒必利对精神分裂症患者生活质量的影响。

二、应用举例

我们以陈永琴等发表的文章“综合护理干预对促进抑郁症患者康复的临床研究”［护理研究，2010，24（1）：16－19］为例，说明 WHOQOL 量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为探讨综合护理干预对促进抑郁症患者有效康复的作用。陈永琴等将 120 例符合入组标准的住院抑郁症患者随机分为实验组和对照组。两组均给予常规抗抑郁药物治疗，对照组采用精神科常规护理，实验组在此基础上采取综合护理干预。分别于入组时和干预 3 个月后采用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、世界卫生组织生存质量测定量表（WHOQOL-BREF）和自杀态度问卷（QSA）评价工具进行评定。干预 3 个月后，实验组 HAMD 评分明显低于对照组，WHOQOL-BREF、QSA 评分与对照组比较差异有统计学意义。说明综合护理干预可明显改善抑郁症患者的认知障碍，提高其生存质量，有利于改善患者负性情绪，促进生理、心理和社会功能的全面康复。

（二）应用解析

陈永琴等研究发现，通过对抑郁症患者采取综合护理干预（包括建立信赖协调的护患关系，给予人文关怀照护，认知行为治疗，加强健康教育，培养广泛兴趣以及充分调动社会支持系统的参与等措施），有利于建立信赖协调的护患关系，纠正错误认知，提高治疗的依从性；有利于改善患者的生活质量，提高社会适应能力；有助于患者康复，增强自我心理调控能力。因此认为，只有通过综合性护理干预措施，与患者建立良好的护患关系，有针对性地进行健康教育，实施心理治疗及人文关怀照护，培养患者广泛的兴趣爱好，并使患者取得家属和亲友的支持和安慰，充分调动各方面的有利因素，才能从根本上解决患者心理问题，消除其消极应对方式，促进抑郁症患者躯体、心理和社会功能的全面康复。

WHOQOL是世界范围内应用最广泛的生存质量普适性量表之一，可以用于广阔的领域，例如：用于临床试验、制定地区的生存质量基线得分、观察对生存质量的影响等，在护理领域中，生存质量的测定能够帮助临床护士判断患者受疾病影响最严重的方面，决定护理干预方法，也可以与其他手段相结合，帮助护理研究者评价护理干预过程中患者生存质量的变化。

表2-1-1　　WHOQOL-100量表的结构

Ⅰ. 生理领域（PHYS）	Ⅳ. 社会关系领域（SOCIL）
1. 疼痛与不适	13. 个人关系
2. 精力与疲倦	14. 所需社会支持的满意程度
3. 睡眠与休息	15. 性生活
Ⅱ. 心理领域（PSYCH）	Ⅴ. 环境领域（ENVIR）
4. 积极感受	16. 社会安全保障
5. 思想、学习、记忆和注意力	17. 住房环境
6. 自尊	18. 经济来源
7. 身材与相貌	19. 医疗服务与社会保障：获取途径与质量
8. 消极感受	20. 获取新信息、知识、技能的机会
Ⅲ. 独立性领域（IND）	21. 休闲娱乐活动的参与机会和参与程度
9. 行动能力	22. 环境条件（污染、噪声、交通、气候）
10. 日常生活能力	23. 交通条件
11. 对药物及医疗手段的依赖性	Ⅵ. 精神支柱、宗教、个人信仰（DOM6）
12. 工作能力	24. 精神支柱/宗教/个人信仰

表2-1-2　　WHOQOL-BREF量表的结构

Ⅰ. 生理领域	Ⅲ. 社会关系领域
1. 疼痛与不适	14. 个人关系
2. 精力与疲倦	15. 所需社会支持
3. 睡眠与休息	16. 性生活
4. 行动能力	Ⅳ. 环境领域
5. 日常生活能力	17. 社会安全保障
6. 对药物即医疗手段的依赖性	18. 住房环境
7. 工作能力	19. 经济来源
Ⅱ. 心理领域	20. 医疗服务与社会保障：获取途径与质量
8. 积极感受	21. 获取新信息、知识、技能的机会
9. 思想、学习、记忆和注意力	22. 休闲娱乐活动的参与机会和参与程度
10. 自尊	23. 环境条件（污染、噪声、交通、气候）
11. 身材与相貌	24. 交通条件
12. 消极感受	总的健康状况与生存质量
13. 精神支柱	

表 2-1-3　　世界卫生组织生存质量测定量表（WHOQOL-100）

填表说明：这份问卷是要了解您对自己的生存质量、健康情况以及日常活动的感觉如何，请您一定回答所有问题。如果某个问题您不能肯定如何回答，就选择最接近您自己真实感觉的那个答案

所有问题都请您按照自己的标准、愿望或者自己的感觉来回答。注意所有问题都只是您最近 2 个星期内的情况

例如：您对自己的健康状况担心吗？根本不担心①　很少担心②　担心（一般）③　比较担心④　极担心⑤

请您根据您对健康状况担心的程度在最适合的数字处画“√”，如果您比较担心您的健康状况，就在“比较担心”的“④”处画“√”，如果根本不担心自己的健康，就在“根本不担心”的“①”处画“√”。

下列问题是问前 2 个星期中的某些事情，诸如快乐或满足之类积极的感觉。如果您极大程度上经历过这些事情，就在对应于“极”的数字“⑤”处画“√”；如果您根本没有经历过这些，就在对应于“根本不”或“根本没”的数字“①”处画“√”；如果您的答案介于“根本无”和“极”之间，就在数字“②”、“③”、“④”中挑选 1 个最适合您的情况画“√”。问题均涉及前 2 个星期

F1.2	您对自己的疼痛或不舒服担心吗	根本不担心①	很少担心②	担心（一般）③	比较担心④	极担心⑤
F1.3	您在对付疼痛或不舒服时有困难吗	根本没困难①	很少有困难②	有困难（一般）③	比较困难④	极困难⑤
F1.4	您觉得疼痛妨碍您去做自己需要做的事情吗	根本不妨碍①	很少妨碍②	有妨碍（一般）③	比较妨碍④	极妨碍⑤
F2.2	您容易累吗	根本不容易累①	很少容易累②	容易累（一般）③	比较容易累④	极容易累⑤
F2.4	疲乏使您烦恼吗	根本不烦恼①	很少烦恼②	烦恼（一般）③	比较烦恼④	极烦恼⑤
F3.2	您睡眠有困难吗	根本没困难①	很少有困难②	有困难（一般）③	比较困难④	极困难⑤
F3.4	睡眠问题使您担心吗	根本不担心①	很少担心②	担心（一般）③	比较担心④	极担心⑤
F4.1	您觉得生活有乐趣吗	根本没乐趣①	很少有乐趣②	有乐趣（一般）③	比较有乐趣④	极有乐趣⑤
F4.3	您觉得未来会好吗	根本不会好①	很少会好②	会好（一般）③	会比较好④	会极好⑤
F4.4	在您生活中有好的体验吗	根本没有①	很少有②	有（一般）③	比较多④	极多⑤
F5.3	您能集中注意力吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	比较能④	极能⑤
F6.1	您怎样评价自己	根本没价值①	很少有价值②	有价值（一般）③	比较有价值④	极有价值⑤
F6.2	您对自己有信心吗	根本没信心①	很少有信心②	有信心（一般）③	比较有信心④	极有信心⑤

续表 1

F7.2	您的外貌使您感到压抑吗	根本没压抑①	很少有压抑②	有压抑（一般）③	比较压抑④	极压抑⑤
F7.3	您外貌上有无使您感到不自在的部分	根本没有①	很少有②	有（一般）③	比较多④	极多⑤
F8.2	您感到忧虑吗	根本没忧虑①	很少有忧虑②	有忧虑（一般）③	比较忧虑④	极忧虑⑤
F8.3	悲伤或忧郁等感觉对您每天的活动有妨碍吗	根本没妨碍①	很少有妨碍②	有妨碍（一般）③	比较妨碍④	极妨碍⑤
F8.4	忧郁的感觉使您烦扰吗	根本不烦扰①	很少烦扰②	烦扰（一般）③	比较烦扰④	极烦扰⑤
F10.2	您从事日常活动时有困难吗	根本没困难①	很少有困难②	有困难（一般）③	比较困难④	极困难⑤
F10.4	日常活动受限制使您烦恼吗	根本不烦扰①	很少烦扰②	烦扰（一般）③	比较烦扰④	极烦扰⑤
F11.2	您需要依靠药物的帮助进行日常生活吗	根本不需要①	很少需要②	需要（一般）③	比较需要④	极需要⑤
F11.3	您需要依靠医疗的帮助进行日常生活吗	根本不需要①	很少需要②	需要（一般）③	比较需要④	极需要⑤
F11.4	您的生存质量依赖于药物或医疗辅助吗	根本不依赖①	很少依赖②	依赖（一般）③	比较依赖④	极依赖⑤
F13.1	生活中，您觉得孤独吗	根本不孤独①	很少孤独②	孤独（一般）③	比较孤独④	极孤独⑤
F15.2	您在性方面的需求得到满足吗	根本不满足①	很少满足②	满足（一般）③	多数满足④	完全满足⑤
F15.4	您有性生活困难的烦恼吗	根本不烦恼①	很少烦恼②	烦恼（一般）③	比较烦恼④	极烦恼⑤
F16.1	日常生活中您感觉安全吗	根本不安全①	很少安全②	安全（一般）③	比较安全④	极安全⑤
F16.2	您觉得自己居住在一个安全和有保障的环境里吗	根本没安全保障①	很少有安全保障②	有安全保障（一般）③	比较有安全保障④	极有安全保障⑤
F16.3	您担心自己的安全和保障吗	根本不担心①	很少担心②	担心（一般）③	比较担心④	极担心⑤
F17.1	您住的地方舒适吗	根本不舒适①	很少舒适②	舒适（一般）③	比较舒适④	极舒适⑤
F17.4	您喜欢自己住的地方吗	根本不喜欢①	很少不喜欢②	喜欢（一般）③	比较喜欢④	极喜欢⑤
F18.2	您有经济困难吗	根本没困难①	很少有困难②	有困难（一般）③	比较困难④	极困难⑤
F18.4	您为钱财担心吗	根本不担心①	很少担心②	担心（一般）③	比较担心④	极担心⑤
F19.1	您容易得到好的医疗服务吗	根本不容易得到①	很少容易得到②	容易得到（一般）③	比较容易得到④	极容易得到⑤

续表 2

F21.3	您空闲时间享受到乐趣吗	根本没乐趣①	很少有乐趣②	有乐趣（一般）③	比较有乐趣④	极有乐趣⑤
F22.1	您的生活环境对健康好吗	根本不好①	很少好②	好（一般）③	比较好④	极好⑤
F22.2	居住地的噪声问题使您担心吗	根本不担心①	很少担心②	担心（一般）③	比较担心④	极担心⑤
F23.2	您有交通上的困难吗	根本没困难①	很少有困难②	有困难（一般）③	比较困难④	极困难⑤
F23.4	交通上的困难限制您的生活吗	根本没限制①	很少有限制②	有限制（一般）③	比较限制④	极限制⑤

下列问题是问过去 2 个星期内您做某些事情的能力是否“完全、十足”，例如：洗衣服、穿衣服、吃饭等动作。如果您完全能够做到这些事情，则在“完全”所对应的数字“⑤”处画“√”，如果您根本不能做到这些事情，就在与“根本不”对应的数字“①”处画“√”，如果您认为是介于“完全”和“根本不”之间，就在数字“②”、“③”或“④”处画“√”。问题均涉及前 2 个星期

F2.1	您有充沛的精力去应付日常生活吗	根本没精力①	很少有精力②	有精力（一般）③	多数有精力④	完全有精力⑤
F7.1	您认为自己的外形过得去吗	根本过不去①	很少过得去②	过得去（一般）③	多数过得去④	完全过得去⑤
F10.1	您能做自己日常生活的事情吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	多数能④	完全能⑤
F11.1	您依赖药物吗	根本不依赖①	很少依赖②	依赖（一般）③	多数依赖④	完全依赖⑤
F14.1	您能从他人那里得到您所需要的支持吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	多数能④	完全能⑤
F14.2	当需要时您的朋友能依靠吗	根本不能依靠①	很少能依靠②	能依靠（一般）③	多数能依靠④	完全能依靠⑤
F17.2	您住所的质量符合您的需要吗	根本不符合①	很少符合②	符合（一般）③	多数符合④	完全符合⑤
F18.1	您的钱够用吗	根本不够用①	很少够用②	够用（一般）③	多数够用④	完全够用⑤
F20.1	在日常生活中您需要的信息都齐备吗	根本不齐备①	很少齐备②	齐备（一般）③	多数齐备④	完全齐备⑤
F20.2	您有机会得到自己所需要的信息吗	根本没机会①	很少有机会②	有机会（一般）③	多数有机会④	完全有机会⑤
F21.1	您有机会进行休闲活动吗	根本没机会①	很少有机会②	有机会（一般）③	多数有机会④	完全有机会⑤
F21.2	您能自我放松和自找乐趣吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	多数能④	完全能⑤
F23.1	您有充分的交通工具吗	根本没有①	很少有②	有（一般）③	多数有④	完全有⑤

下列问题要求您对前 2 个星期生活的各个方面说说感觉是如何的“满意、高兴或好”，例如：关于您的家庭生活或您的精力。想一想对您生活的各个方面是如何的满意或不满意，在最符合您的感觉的数字上画“√”。问题均涉及前 2 个星期

G2	您对自己的生存质量满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤

续表 3

条目	问题					
G3	总的来讲，您对自己的生活满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
G4	您对自己的健康状况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F2.3	您对自己的精力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F3.3	您对自己的睡眠情况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F5.2	您对自己学习新事物的能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F5.4	您对自己作决定的能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F6.3	您对自己满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F6.4	您对自己的能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F7.4	您对自己的外形满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F10.3	您对自己做日常生活事情的能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F13.3	您对自己的人际关系满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F15.3	您对自己的性生活满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F14.3	您对自己从家庭得到的支持满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F14.4	您对自己从朋友那里得到的支持满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F13.4	您对自己供养或支持他人的能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F16.4	您对自己的人身安全和保障满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F17.3	您对自己居住地的条件满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F18.3	您对自己的经济状况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F19.3	您对得到卫生保健服务的方便程度满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F19.4	您对社会福利服务满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F20.3	您对自己学习新技能的机会满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F20.4	您对自己获得新信息的机会满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F21.4	您对自己使用空闲时间的方式满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤

续表 4

F22.3	您对周围的自然环境（比如：污染、气候、噪声、景色等）满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F22.4	您对自己居住地的气候满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F23.3	您对自己的交通情况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F13.2	您与家人的关系愉快吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
G1	您怎样评价您的生存质量	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
F15.1	您怎样评价您的性生活	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
F3.1	您睡眠好吗	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
F5.1	您怎样评价自己的记忆力	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
F19.2	您怎样评价自己可以得到的社会服务的质量	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤

下列问题有关您感觉或经历某些事情的“频繁程度”。例如：关于您亲友支持或觉得不安全之类的消极感受。如果您在前 2 个星期里根本没有这些感受，就在“没有”的数字处画“√”；如果您经历过这些，想一想频繁的程度，在最接近您的情形的数字处画“√”。例如：如果您时刻都有疼痛的感觉，就在“总是有”的数字“⑤”处画“√”，问题涉及前 2 个星期

F1.1	您有疼痛吗	没有①	偶尔有②	时有时无③	经常有④	总是有⑤
F4.2	您通常有满足感吗	没有①	偶尔有②	时有时无③	经常有④	总是有⑤
F8.1	您有消极感受吗（如情绪低落、绝望、焦虑、忧郁）	没有①	偶尔有②	时有时无③	经常有④	总是有⑤

以下问题有关您的工作，这里工作是指您所进行的主要活动。包括志愿性工作、全日性学习、家务、照顾孩子、有收入的工作和无收入的工作等。所以，这里所说的工作，是指用去您大部分时间和精力的活动。问题涉及前 2 个星期

F12.1	您能工作吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	多数能④	完全能⑤
F12.2	您觉得您能完成自己的职责吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	多数能④	完全能⑤
F12.4	您对自己的工作能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
F12.3	您如何评价自己的工作能力	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤

续表 5

以下问题问的是您在前两个星期中“行动的能力”如何。这里指当您想做事情或需要做事情的时候移动身体的能力						
F9.1	您行动的能力如何	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
F9.3	行动困难使您烦恼吗	根本不烦恼①	很少烦恼②	烦恼（一般）③	比较烦恼④	极烦恼⑤
F9.4	行动困难影响您的生活方式吗	根本不影响①	很少影响②	影响（一般）③	比较影响④	极影响⑤
F9.2	您对自己的行动能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
以下问题有关您个人的信仰，以及这些如何影响您的生存质量。这些问题有关宗教、神灵和其他信仰。这些问题也涉及前 2 个星期						
F24.1	您的个人信仰能增添您生活的意义吗	根本没增添①	很少有增添②	有增添（一般）③	有比较大增添④	有极大增添⑤
F24.2	您觉得自己的生活有意义吗	根本没意义①	很少有意义②	有意义（一般）③	比较有意义④	极有意义⑤
F24.3	您的个人信仰给您力量去对待困难吗	根本没力量①	很少有力量②	有力量（一般）③	有比较大力量④	有极大力量⑤
F24.4	您的个人信仰帮助您理解生活中的困难吗	根本没帮助①	很少有帮助②	有帮助（一般）③	有比较大帮助④	有极大帮助⑤
此外，还有 3 个问题						
101	家庭摩擦影响您的生活吗	根本不影响①	很少影响②	影响（一般）③	有比较大影响④	有极大影响⑤
102	您的食欲怎么样	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
103	如果让您综合以上各方面（生理健康、心理健康、社会关系和周围环境等方面）给自己的生存质量打一个总分，您打多少分（满分为 100 分）					

表 2-1-4　世界卫生组织生存质量测定量表简表（WHOQOL-BREF）

填表说明：这份问卷是要了解您对自己的生存质量、健康情况以及日常活动的感觉如何，请您一定回答所有问题。如果某个问题您不能肯定如何回答，就选择最接近您自己真实感觉的那个答案。

所有问题都请您按照自己的标准、愿望或者自己的感觉来回答。注意所有问题都只是您最近 2 个星期内的情况。例如：您能从他人那里得到您所需要的支持吗？根本不能① 很少能② 能（一般）③ 多数能④ 完全能⑤

请您根据两周来您从他人处获得所需要的支持的程度在最适合的数字处画“√”，如果您多数时候能得到所需要的支持，就在数字“④”处画“√”，如果根本得不到所需要的帮助，就在数字“①”处画“√”。

续表 1

请阅读每一个问题，根据您的感觉，选择最适合您情况的答案					
1. G1 您怎样评价您的生存质量	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
2. G4 您对自己的健康状况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
下面的问题是关于 2 周来您经历某些事情的感觉					
3. F2.1 您觉得疼痛妨碍您去做自己需要做的事情吗	根本没妨碍①	很少有妨碍②	有妨碍（一般）③	比较妨碍④	极妨碍⑤
4. F11.3 您需要依靠医疗的帮助进行日常生活吗	根本不需要①	很少需要②	需要（一般）③	比较需要④	极需要⑤
5. F4.1 您觉得生活有乐趣吗	根本没乐趣①	很少有乐趣②	有乐趣（一般）③	比较有乐趣④	极有乐趣⑤
6. F24.2 您觉得自己的生活有意义吗	根本没意义①	很少有意义②	有意义（一般）③	比较有意义④	极有意义⑤
7. F5.3 您能集中注意力吗	根本不能①	很少能②	能（一般）③	多数能④	完全能⑤
8. F16.1 日常生活中您感觉安全吗	根本不安全①	很少安全②	安全（一般）③	比较安全④	极安全⑤
9. F22.1 您的生活环境对健康好吗	根本不好①	很少好②	好（一般）③	比较好④	极好⑤
下面的问题是关于 2 周来您做某些事情的能力					
10. F2.1 您有充沛的精力去应付日常生活吗	根本没精力①	很少有精力②	有精力（一般）③	多数有精力④	完全有精力⑤
11. F7.1 您认为自己的外形过得去吗	根本过不去①	很少过得去②	过得去（一般）③	多数过得去④	完全过得去⑤
12. F18.1 您的钱够用吗	根本不够用①	很少够用②	够用（一般）③	多数够用④	完全够用⑤
13. F20.1 在日常生活中您需要的信息都齐备了吗	根本不齐备①	很少齐备②	齐备（一般）③	多数齐备④	完全齐备⑤
14. F21.1 您有机会进行休闲活动吗	根本没机会①	很少有机会②	有机会（一般）③	多数有机会④	完全有机会⑤
下面的问题是关于 2 周来您对自己日常生活各个方面的满意程度					
15. F9.1 您行动的能力如何	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
16. F3.3 您对自己的睡眠情况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
17. F10.3 您对自己做日常生活事情的能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤

续表 2

题号	问题	①	②	③	④	⑤
18. F12.4	您对自己的工作能力满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
19. F6.3	您对自己满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
20. F13.3	您对自己的人际关系满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
21. F15.3	您对自己的性生活满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
22. F14.4	您对自己从朋友那里得到的支持满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
23. F17.3	您对自己居住地的条件满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
24. F19.3	您对得到卫生保健服务的方便程度满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
25. F23.3	您对自己的交通情况满意吗	很不满意①	不满意②	既非满意也非不满意③	满意④	很满意⑤
下面的问题是关于 2 周来您经历某些事情的频繁程度						
26. F8.1	您有消极感受吗（如情绪低落、绝望、焦虑、忧郁）	没有①	偶尔有②	时有时无③	经常有④	总是有⑤
此外，还有 3 个问题						
101	家庭摩擦影响您的生活吗	根本不影响①	很少影响②	影响（一般）③	有比较大影响④	有极大影响⑤
102	您的食欲怎么样	很差①	差②	不好也不差③	好④	很好⑤
103	如果让您综合以上各方面（生理健康、心理健康、社会关系和周围环境等方面）给自己的生存质量打一个总分，您打多少分？（满分为 100 分）					

您是在别人的帮助下填完这份调查表的吗？　是　否

您花了多长时间来填完这份调查表？（　　）分钟

您对本问卷有何建议：

第二节 生活质量综合评定问卷

随着疾病谱的改变、健康观念的更新及医学模式的转变，生活质量（Quality Of Life，QOL）现已作为衡量疾病和治疗效果的指标并受到医学界越来越多的重视。针对生活质量的定义和内涵，不同学者提出了各自的见解。Ware 认为生活质量包括疾病、个体功能、心理健康、总的健康感觉和社会角色功能。Schipper 定义生活质量是患者对疾病与治疗产生的躯体、心理和社会反应的一种实用的、常用的功能描述。世界卫生组织（World Health Organization，WHO）生活质量研究组认为，生活质量是不同文化和价值体系中的个体对与他们的目标、期望、标准以及所关心的事情、有关的生活状况的体验。尽管不同的学者对生活质量的定义及内涵有不同的理解，但是有几点是比较公认的：生活质量是有文化依赖的，必须建立在一定的文化价值体系之下；生活质量是一个多维的概念，包括身体功能、心理功能、社会功能等；生活质量是主观的评价指标（主观体验），应由被测者自己评价。

生活质量综合评定问卷（Generic Quality of Life Inventory - 74，GQOLI - 74）为中南大学李凌江等于 1998 年编制，经 8550 名社区人群测试后证明具有较好的信度、效度与敏感度。

一、评分介绍

（一）评分方法

GQOLI - 74 共 74 个条目，见表 2 - 2 - 1，该问卷包括躯体功能（条目 F11～F30）、心理功能（条目 F31～F50）、社会功能（条目 F51～F70）、物质生活状态（条目 F1～F10）4 个维度。前 3 个维度各有 5 个因子，物质生活维度 4 个因子，还有一个总体生活质量因子（条目 G1～G4），共 20 个因子。统计分析指标包括总分、维度分、因子分，均以正向计分的结果参与分析，即评分越高，生活质量越好。

1. 条目计分方法

74 个条目每条评分为 1～5 分范围，一些条目为 1～5 正向评分，一些反向评分条目统计分析时以 5～1 分评定，还有少数条目有数个问题，称多问条目，根据大样本研究结果，应用计分公式换算成 1～5 分的正向计分结果参与统计。

（1）正向评分条目：F15，F18，F21，F22，F23，F25，F27，F30，F33，F35，F37，F40，F42，F44，F48，F54，F65，F67，F68，G2，G3，均从左至右计为 1～5 分。

如 F15：您对近周来的精力状况：很不满意（1），不大满意（2），过得去（3），比较满意（4），非常满意（5），余类推（括号中的数字为计分）。

（2）负向评分条目：F3，F5，F7，F10，F14，F16，F17，F19，F20，F24，F26，F28，F29，F31，F34，F36，F38，F39，F41，F43，F46，F47，F49，F50，F53，F57～F59，F61～F64，F66，F70，G1，G4，问卷条目计分时按从左至右 5～1 分反向计分。

如 F11：近周来您的睡眠状态如何：从无失眠（5 分），偶有失眠（4 分），有时失眠（3 分），经常失眠（2 分），每晚失眠（1 分），余类推。

（3）多问评分条目：F1：1 分，≤4.99m^2；2 分，5～9.9m^2；3 分，10～19.9m^2；4 分，20～29.9m^2；5 分，≥30m^2。

F2：有一项加1分，逐项累计。例如仅有厨房、厕所，则计2分。

F4：该条目5问，“很方便”1分，“方便”0.5分，“不方便”0分，5问评分相加，最高5分，最低总评分如为0～1，均计1分。

F6：该条目4问，每问依次计0分、1分、2分。4问评分相加，最高8分，最低总评分如为0～1，均计1分。然后（总评分÷8×5）转化为1～5分。

F8：1分，≥60%；2分，50%～59.9%；3分，40%～49.9%；4分，20%～39.9%；5分，＜20%。

F9：1分，100%；2分，80%～99%；3分，21%～79%；4分，10%～20%；5分，＜10%。

F51，F52，F55，F56：该4个条目均为5问。每个条目的计分方法相同。均以问题后括号中的系数相乘然后相加，条目最高分为6分，最低分为0分，然后以条目分÷6×5得出最后条目分0～5分。如为0～1分，则计为1分。

举例：张三F51。

		总是能得到（2）	部分能得到（1）	极少或没有（0）
51.1	配偶（1）	√		
51.2	子女或父母（0.8）		√	
51.3	亲戚（0.4）			√
51.4	朋友（0.4）		√	
51.5	同事或邻居（0.4）		√	

注：(1×2+0.8×1+0.4×0+0.4×1+0.4×1)/6×5=3分。

F60：此条目有两部分内容计分。①娱乐种类：6种计5分，4～5种计4分，2～3种计3分，1种计2分，无计1分。②娱乐时间：＞28h/周计5分，22～27h/周计4分，15～21h/周计3分，8～14h/周计2分，0～7h/周计1分。两项相加除以2，得分结果为1～5分。

F69：1分，＜5%；2分，5%～19%；3分，20%～34%；4分，35%～50%；5分，＞50%。

2. 总体生活质量因子计分方法

GQOLI-74共有20个因子，每一个因子反映受试者生活质量的某一方面。其中1～19因子归属于4个维度（见后），第20个因子为受试者对生活质量的总体评价。因子分由条目相加或加权而来，每个因子的粗分最高为20分，最低为4分。为便于作图直观，均用下述公式使每个因子分转化为0～100分的范围。

因子转化分=(因子粗分−4)×100÷16

因子1：住房　测定受试者的住房面积、条件与主观满意程度。包括F1～F3共3条。

计分方法为F1+F2+F3×2。

因子2：社区服务　测定受试者对居住的社区环境的评价及主观满意度，包括F4、F5共2条。

计分方法为F4×2+F5×2。

因子3：生活环境　测定受试者对居住的自然环境及主观满意度，包括F6、F7共2条。

计分方法为 F6×2＋F7×2。

因子 4：经济状况　测定受试者的经济收入、开支、医疗费用等情况及对此的主观满意度。包括 F8～F10 共 3 条。

计分方法为 F8×1.4＋F9×0.6＋F10×2。

因子 5：睡眠与精力　①测定受试者从事日常工作或日常生活中的活动时（如娱乐）精力状况满意度；②测定受试者的睡眠质量及满意度，不涉及睡眠障碍的原因。包括 F11～F15 共 5 条。

计分方法为（F11＋F12)/2＋F13＋F14＋F15。

因子 6：躯体不适感　测定受试者是否感受到躯体不适或疼痛及其程度；或因躯体问题和疾病而依赖于某种药物的程度；以及对躯体健康状态的满意程度。包括 F16～F19 共 4 条。

计分方法为（F16＋F17＋F18)/1.5＋F19×2。

因子 7：进食功能　测定受试者的食欲与进食量是否正常以及对自身进食状态的满意程度。包括 F20～F22 共 3 条。

计分方法为 F20＋F21＋F22×2。

因子 8：性功能　测定受试者的性生活频度、性功能状态及主观满意程度。包括 F23～F25 共 3 条。

计分方法为 F23＋F24＋F25×2。

因子 9：运动与感觉功能　测定受试者日常生活及完成角色功能的基本能力。包括视力、听力、生活自理能力、处理日常生活事务能力及对此的主观满意程度。包括 F26～F30 共 5 条。

计分方法为 F26＋(F27＋F28)/2＋F29＋F30。

因子 10：精神紧张度　测定受试者遇到的紧张性生活事件量、精神紧张程度，是否存在为缓解心理压力或烦恼而依赖于某种物质等状况及主观满意程度。包括 F31～F33，F50 共 4 条。

计分方法为（F31＋F32＋F50)/1.5＋F33×2。

因子 11：负性情感　测定受试者的负性情感，包括抑郁、焦虑、易激惹或情感平淡等。从 F34～F37 共 4 条。

计分方法为 F34＋F35＋F36＋F37。

因子 12：正性情感　测定受试者的正性情感，如对生活是否充满希望，是否体验到生活的快乐及程度等。包括 F38～F40 共 3 条。

计分方法为：F38＋F39＋F40×2。

因子 13：认知功能　测定受试者的思维能力、注意力、记忆力、作决定的能力及对此的主观满意程度。包括 F41～F45 共 5 条。

计分方法为（F41＋F42＋F43＋F44)/2＋F45×2。

因子 14：自尊　测定受试者的自信与自尊状态。包括 F46～F49 共 4 条。

计分方法为 F46＋F47＋F48＋F49。

因子 15：社会支持　该因子不但反映受试者获得社会支持的情况，也反映受试者帮助别人的能力及主观满意程度。包括 F51～F54 共 4 条。

计分方法为 F51＋F52＋F53＋F54。

因子 16：人际交往能力　测定受试者与家人、朋友、同事、领导的人际关系及主观满意程度。包括 F55～F57 共 3 条。

计分方法为 F55＋F56＋F57×2。

因子 17：工作与学习　测定受试者的工作能力、工作效率、学习或关注对完成职业角色必需的信息的能力及对此的主观满意程度。包括 F58、F59、F63～F65 共 5 条。

计分方法为（F55＋F59)/2＋(F63＋F64)/2＋F65×2。

因子 18：业余娱乐生活　测定受试者的娱乐种类、时间及对业余娱乐生活的满意度。包括 F60～F62 共 3 条。

计分方法为 F60＋F61＋F62×2。

因子 19：婚姻与家庭　测定受试者婚姻关系或家庭成员中的亲密程度、交流方式、承担的家务量及对婚姻家庭的满意程度。包括 F66～F70 共 5 条。

计分方法为（F66＋ F67)/2＋F68＋F69＋F70。

因子 20：生活质量总体评价　测定受试者对健康、生活质量的总体评价与主观满意程度。包括 G1～G4 共 4 条。

计分方法为 G1＋G2＋G3＋G4。

3. 维度分

GQOLI－74 包括躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活 4 个维度，每个维度包含的因子如下：

躯体功能维度：包括因子 5～9，为睡眠与精力、躯体不适感、进食功能、性功能、运动与感觉功能 5 个因子。

心理功能维度：包括因子 10～14，为精神紧张度、负性情感、正性情感、认知功能、自尊 5 个因子。

社会功能维度：包括因子 15～19，为社会支持、人际交往能力、工作与学习、业余娱乐生活、婚姻与家庭 5 个因子。

物质生活维度：包括因子 1～4，为住房、社区服务、生活环境、经济状况 4 个因子。

躯体功能、心理功能、社会功能维度的计分方法均为各个维度的 5 个因子粗分相加，计分范围为 20～100 分。按下述公式换算成 0～100 分范围：(维度粗分－20)×100÷80。

物质生活维度为该维度的 4 个因子粗分相加，计分范围为 16～80 分。按下述公式换算成 0～100 分范围：(维度粗分－16)×100÷64。

4. 总分

20 个因子的粗分相加，等于总粗分。计分范围为 80～400 分，按下述公式换算成 0～100 分范围：(维度粗分－80)×100÷320。

（二）适用范围及对象

该问卷主要作为社区普通人群生活质量的评估工具，也可作为特定人群（如老年人、慢性患者等）生活质量的综合评定问卷。

（三）临床应用

GQOLI－74 可用于描述社区人群或特定人群（如老年人、慢性患者等）的生存质量状况及影响因素，评价治疗、干预效果等。如宋培华等采用 GQOLI－74 比较老年抑郁患者配

偶与健康对照的生活质量水平，探讨老年抑郁患者配偶生活质量与患者焦虑抑郁状况之间的关系。何资桥等用 GQOLI-74 调查湖南农村空巢老人生活质量及影响因素。王佩丹等用 GQOLI-74 探索综合性康复训练对住院精神分裂症患者生活质量的影响。张玲等采用汉密顿焦虑量表（Hamilton Anxiety Scale，HAMA）、功能大体评定量表（Global Assessment Function，GAF）、生活满意度量表（Life Satisfaction Rating Scales，LSRS）和生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）探讨认知行为治疗、抗焦虑药及两者结合治疗焦虑障碍的疗效，结果发现认知行为治疗、抗焦虑药和两者结合治疗焦虑障碍均有显著疗效，安全性好，结合治疗显示出明显优势。

问卷的使用过程中，有几个问题值得注意。

（1）该问卷为 4 个维度，包括客观生活质量评估和主观生活满意度两个方面的自评问卷，主要适用于社区普通人群生活质量的评估。作为特定人群（如老年人，慢性患者等）生活质量综合评估工具时，最好附加一个简短的特异附卷，以更深入和全面地评估该群体生活质量的特点。4 个维度分量表中，物质生活维度随时间变化不明显，尤其是用于评估慢性患者某些治疗方法的优劣时，因此可以把该维度作为基线水平处理。前后对照主要观察躯体功能、心理功能、社会功能 3 个维度的变化。

（2）该问卷作为一种自评问卷，其客观生活质量的评定条目部分仍带有主观性，国外称为“perceived objective quality of life”。尤其是与心理功能维度有关的条目，如情绪、自尊等，很难抹去主观的色彩。但诸多研究表明生活质量评估以自评的信息最准确，所以自评方式为目前国内外生活质量研究所采用。在分析其客观生活质量与主观生活满意度的条目时对此应有所认识。同时，如被试者在病理性情绪状态下，可能出现所有主观满意度条目评分均偏低（如抑郁）或偏高（如躁狂），此时可将客观状态的条目与主观满意度的条目分开统计分析。因子粗分中，客观状态条目占 10 分，主观满意度条目占 10 分。另外，作为自评量表，对于有认知缺损（如痴呆）的患者，则宜采用定式他评方式收集资料。

（3）生活质量生活本身，既是多维度的，也是流动变化的，即因人、因时而变化，而且也缺少“金标准”。因此，虽然此问卷已作过大群体及各种特殊群体的生活质量评估，但很难制定常规模式。所以，建议研究中采用对照组或研究群体自身前后对照的方法来评估生活质量的特点与变化最为适宜。

二、应用举例

我们以吴雪等发表的文章“认知行为干预对维持性血液透析患者生活质量的影响”[中华护理杂志，2006，41（18）：715-717] 为例，说明 GQOLI-74 量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为探讨认知行为干预对维持性血液透析（MHD）患者生活质量的影响，吴雪等将 60 例 MHD 患者随机分为实验组（$n=30$）和对照组（$n=30$），实验组在日常血液透析护理常规的基础上行认知行为干预，对照组同期仅行日常血液透析护理常规。干预前后分别对两组患者用生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）测评生活质量。结果发现干预后实验组 GQOLI-74 评分较干预前明显升高，差异有显著性意义；干预后实验组 GQOLI-74 评分高于对照组，差异有显著性意义。因此认为认知行为干预可改善血液透析患者的生活质量，建议将认知行

为干预纳入血液透析护理常规。

（二）应用解析

吴雪等研究发现：认知行为干预（包括理性情绪疗法、放松训练和健康教育等）可改善血液透析患者的心理状况，增加患者的社会支持，从而改善患者的生活质量。目前认知行为干预多由临床心理医生实施，该研究结果认为，血液透析患者的认知行为干预应结合医院和患者的实际情况，与日常护理相结合，由临床护理人员进行。认知行为干预由护理人员实施具备几大优势：①能够经常与患者沟通，随时了解患者的病情变化和治疗效果，灵活调整治疗策略和时间。②节省医药开支。③有利于护理人员的角色转变。此外，护士与患者的交流，加强了护患关系。因此，研究对于丰富和完善血液透析患者的心理护理方法、血液透析护理常规有一定的借鉴意义。

该文献是GQOLI－74量表在护理中应用的一个很好的实例。目前国内采用GQOLI－74进行研究的较多，在万方数据资源系统中，输入“GQOLI－74”查到的文献就有221篇。但大部分文献是描述社区人群或特定人群的生存质量状况及影响因素的，对于护理干预效果的研究较少，非常具有研究潜力。

表2－2－1　　　　生活质量综合评定问卷－74（成人用）

填表说明：为了全面了解您的生活质量，促进您的心身健康，特设计了该表。请根据最近一周来您的实际情况，逐项回答下列问题（按要求画“√”或填空）。

性别____　年龄____（岁）　学历____　职业____　婚姻____（未婚、已婚、丧偶、离婚）

住址________________　邮编____

健康状态____（健康、有病）（如患病，请注明主要疾病名称）

F1. 人均住房面积（　　）m^2。

F2. 您的住房有下列附加设施吗？（请画“√”）

厨房（　　），厕所（　　），煤气（　　），供水好（　　），供电好（　　）。

F3. 您对目前的住房条件：（选一项）

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F4. 生活便利性（逐条选择画“√”）：

4.1 上班（很方便、方便、不方便）；4.2 子女上学或上班（很方便、方便、不方便）；4.3 购日常生活用品（很方便、方便、不方便）；4.4 上娱乐场所（很方便、方便、不方便）；4.5 求医（很方便、方便、不方便）。

F5. 您对目前的社区服务条件（如生活是否方便，医疗服务条件等）：

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F6. 住房周围环境（逐条选择）：

6.1 安全性：不安全（　　），安全（　　），很安全（　　）。

6.2 绿化：几无树木（　　），有些树木（　　），树木成荫（　　）。

6.3 卫生：很脏（　　），尚可（　　），清洁（　　）。

6.4 噪声：噪声大，难耐受（　　），有噪声，能耐受（　　），环境安静（　　）。

F7. 您对目前的居住环境：（选一项）

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F8. 食物消费占收入比例约为____%。

F9. 医药费用自费承担的部分占的比例为____%。

F10. 您对目前的经济收入与社会福利（包括劳保等）：（选一项）

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F11. 近一周来您的睡眠状态如何？（选一项）

从无失眠（　　），偶有失眠（　　），有时失眠（　　），经常失眠（　　），每晚失眠（　　）。

F12. 近一周清晨醒来，您感到头脑清晰，心情轻松，睡得很好吗？（选一项）

天天如此（　　），多数时候如此（　　），有时如此（　　），很少如此（　　），从无（　　）。

F13. 近一周来您的精力如何？（选一项）

总是精力充沛（　　），多数时候精力充沛（　　），精力一般（　　），常有疲劳感（　　），总是非常疲劳（　　）。

F14. 您对近一周来的睡眠状况：（选一项）

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F15. 您对近一周来的精力状况：（选一项）

很不满意（　　），不大满意（　　），过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F16. 近一周来您有下述躯体症状吗？（如头痛、头晕、躯体某部位疼痛、胃肠不适、消化不良、呼吸困难、心慌、发冷发热、发麻、手脚沉重等）（选一项）

无（　　），偶有（　　），有时有（　　），经常有（　　），总是有（　　）。

F17. 您上述症状严重程度如何？（选一项）

无（　　），很轻（　　），较轻（　　），较重（　　），极重（　　）。

F18. 近一周来您是否因躯体疾病或躯体不适而服用某种药物（如索米痛片、地西泮及其他各种药物）？（选一项）

依赖于药物（　　），经常服药（　　），有时服药（　　），极少服药（　　），从未服药（　　）。

F19. 您对目前的躯体健康状况：（选一项）

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F20. 与常人比较，近一周来您的进食状况是：（选一项）

完全正常（　　），基本正常（　　），食量减少或有些食物因病不能吃（　　），食量减少较多或多数食物不能吃（　　），极少进食（　　）。

F21. 近一周来您的食欲如何：（选一项）

完全无食欲（　　），较差（　　），尚可（　　），较好（　　），很好（　　）。

F22. 您对最近一周来的进食情况：（选一项）

很不满意（　　），不大满意（　　），过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F23. 近一周来您的性生活次数：（选一项）

几无（　　），很少或过多（　　），偏少或偏多（　　），基本正常（　　），完全正常（　　）。

F24. 据统计许多人在一生中不同时期均出现过各种性功能障碍（如性欲下降、无快感、阳痿、早泄等）。您近一周来的情况是：（选一项）

从无（　　），偶有（　　），有时出现（　　），比较严重（　　），很严重（　　）。

F25. 您对最近一周来的性生活状况：（选一项）

很不满意（　　），不大满意但过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F26. 近一周来的听力与视力如何？（选一项）

耳聪目明（　　），与一般人差不多（　　），有些减退（　　），严重减退（　　），听力或视力丧失（　　）。

F27. 近一周来您的生活自理能力如何（包括上厕所、进食、洗澡、梳洗、行走）？（选一项）

完全不能自理（　　），部分自理，需人帮助（　　），基本自理，偶有困难（　　），均可自理（　　），行动敏捷，自如（　　）。

F28. 近一周来您处理日常事务能力（包括家务、服药、骑车、与人交往、管理钱财、购物等）如何？（选

一项）

应付轻松自如（　　），自理（　　），无任何问题（　　），偶有困难如不能自如用交通工具、不能骑车或擧汽车等（　　），部分自理但需人帮助（　　），几乎完全不能做（　　）。

F29. 您对目前自己的听觉、视觉等器官的功能满意程度如何？（选一项）

非常满意（　　），比较满意（　　），过得去（　　），不大满意（　　），很不满意（　　）。

F30. 您对目前自己的躯体活动能力感觉如何？（选一项）

很不满意（　　），不大满意（　　），过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F31. 近一周来您的生活中遇到下述事情吗？（如工作不顺心、夫妻不和、自己或家人生病或亲人亡故、子女问题、人际关系紧张、收入突然减少或开支过大、失窃、交通事故、人际纠纷等）（选一项）

没有（　　），很少（　　），较少（　　），较多（　　），很多（　　）。

F32. 近一周来，您觉得精神负担重，总有一种紧张感或沉重的压力感吗？（选一项）

无（　　），很轻（　　），较轻（　　），较重（　　），极重（　　）。

F33. 您对近一周来的精神紧张程度：（选一项）

很不满意（　　），不大满意（　　），过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F34. 近一周来，您经常觉得忧郁吗？程度如何？（如表现为：高兴不起来，无愉快感，精力下降，易疲劳，对工作、娱乐、夫妻生活等兴趣下降或丧失，觉得生活没意思，孤独感，易哭，觉得自己无用、经常自责等）（选一项）

没有（　　），很轻（　　），较轻（　　），较重（　　），极重（　　）。

F35. 近一周来，您经常觉得焦虑吗？程度如何？（如表现为：无故或为一些小事担心，紧张不安，心里不踏实，坐立不安，害怕，心慌气促，出汗，肌肉痛等）？（选一项）

极重（　　），较重（　　），较轻（　　），很轻（　　），没有（　　）。

F36. 近一周来，您是否觉得情绪易波动（如急躁、易发脾气、易伤感等）？（选一项）

没有（　　），很轻（　　），较轻（　　），较重（　　），极重（　　）。

F37. 近一周来，您是否心情很平淡，对喜、怒、哀、乐的事情没有什么情绪反应，觉得无所谓？（选一项）

总是这样（　　），多数时候如此（　　），有时如此（　　），很少如此（　　），从不这样（　　）。

F38. 最近一周，您对生活是否充满希望与信心，觉得活着很有意义、有价值吗？（选一项）

总是这样（　　），多数时候如此（　　），有时如此（　　），很少如此（　　），从不这样（　　）。

F39. 最近一周，您觉得生活轻松愉快吗？（选一项）

总是这样（　　），多数时候如此（　　），有时如此（　　），很少如此（　　），从不这样（　　）。

F40. 您对自己近一周来的情绪状态：（选一项）

很不满意（　　），不大满意（　　），过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F41. 近一周来您思考问题或用脑时，思维的清晰度、反应的敏捷性如何？（选一项）

很好（　　），较好（　　），一般（　　），较差（　　），很差（　　）。

F42. 近一周来您集中注意力的能力如何？（选一项）

很差（　　），较差（　　），一般（　　），较好（　　），很好（　　）。

F43. 近一周对当天发生的事情，如果有意去记忆，您能：（选一项）

完全记得住（　　），大多记得住（　　），有些记不住（　　），大多记不住（　　），完全记不住（　　）。

F44. 近一周来，遇事需要您作出决定时：（选一项）

完全作不出决定（　　），难于作出决定（　　），作出重大决定有困难（　　），作决定无困难（　　），可迅速、正确作出决定（　　）。

F45. 您对自己近一周来的思维、注意力、记忆力、作决定能力的满意程度如何？（选一项）

很不满意（　　），不大满意（　　），过得去（　　），比较满意（　　），非常满意（　　）。

F46. 近一周来您觉得周围的人（包括社会、家庭）对您如何？（选一项）

非常尊重（　），大多比较尊重（　），一般（　），不大尊重（　），歧视您（　）。

F47. 您近一周来对您自己的才华、能力、外貌、身体状况等综合评价是：（选一项）

很自豪（　），比较自豪（　），与一般人差不多（　），有些方面不如他人（　），事事不如人（　）。

F48. 您对目前自己在社会、家庭中的地位与人们对您的看法：（选一项）

很不满意（　），不大满意（　），过得去（　），比较满意（　），非常满意（　）。

F49. 您对目前自己的才华与外貌等：（选一项）

非常满意（　），比较满意（　），过得去（　），不大满意（　），很不满意（　）。

F50. 近一周来您是否为了调整您的心理状态（如烦恼、紧张、抑郁等）而使用某些物质（如吸烟、饮酒、服药等）？

绝无（　），偶有（　），有时有（　），常有（　），天天如此（　）。

F51. 近一周来，当您在精神或物质上需要别人帮助时，您从下列人员中得到的支持是（请逐项回答，画"√"）

	总是能得到（2）	部分能得到（1）	极少或没有（0）
51.1　配偶（1）			
51.2　子女或父母（0.8）			
51.3　亲戚（0.4）			
51.4　朋友（0.4）			
51.5　同事或邻居等（0.4）			

F52. 近一周来，当下列人员需要您帮助时，您给予他的支持是（请逐项回答，画"√"）

	全力帮助（2）	能给予部分帮助（1）	帮助很少或不能提供帮助（0）
52.1　对配偶（1）			
52.2　对子女或父母（0.8）			
52.3　对亲戚（0.4）			
52.4　对朋友（0.4）			
52.5　对同事或邻居（0.4）			

F53. 您对近一周来从社会、家庭获得的帮助与支持：（选一项）

非常满意（　），比较满意（　），过得去（　），不大满意（　），很不满意（　）。

F54. 您对近一周来自己帮助别人的状况：（选一项）

很不满意（　），不大满意（　），过得去（　），比较满意（　），非常满意（　）。

F55. 近一周来，您与下列人员的关系如何？（请逐项回答，画"√"）

	很好，无矛盾（2）	有些矛盾（1）	关系紧张（0）
55.1　与子女或父母（1）			
55.2　与亲戚（0.8）			
55.3　与朋友（0.4）			
55.4　与同事或邻居（0.4）			
55.5　与领导（0.4）			

F56. 近一周来，您与下列人员的交往频率（包括相处、通信、电话等联系）（请逐项回答，画“√”）

	经常来往（2）	无事不来往（1）	极少或从不来往（0）
56.1 与子女或父母（1）			
56.2 与亲戚（0.8）			
56.3 与朋友（0.4）			
56.4 与同事或邻居（0.4）			
56.5 与领导（0.4）			

F57. 您对自己近一周来的人际关系处理：（选一项）
非常满意（　），比较满意（　），过得去（　），不大满意（　），很不满意（　）。

F58. 近一周来您对单位、当地和全国的重要消息、新闻等：（选一项）
非常关心（　），比较关心（　），不大关心（　），很少关心（　），完全不关心（　）。

F59. 近一周来，您对自己生活、工作等有关的知识：（选一项）
经常学习（　），有时学习（　），督促下学习（　），很少学习（　），完全不学习（　）。

F60. 近一周来，您的业余娱乐活动时间为：（请选择并填写具体时间）
欣赏性：如看电视、报纸、小说、球赛等____h/周
智力性：如打麻将、扑克、下棋、玩电子游戏等____h/周
保健性：如跑步、练气功、太极拳、打球等____h/周
社交性：如跳舞、会友、参加社团活动等____h/周
休闲性：如散步、养花、钓鱼、书画、集邮等____h/周
创造性：如业余小说创作、摄影等____h/周

F61. 您一周来，您的业余娱乐活动与一周前比较：（选一项）
增加很多（　），稍有增加（　），差不多（　），有些减少（　），几无（　）。

F62. 您对近一周来的业余娱乐：（选一项）
非常满意（　），比较满意（　），过得去（　），不大满意（　），很不满意（　）。

F63. 近一周来您的工作或劳动的能力：（选一项）
高于一般人（　），与一般人差不多（　），稍差于常人（　），很差（　），丧失工作或劳动能力（　）。

F64. 近一周来，您的工作或劳动效率如何？（选一项）
总是超额（　），有时超额（　），按额（　），改做轻工作或完成部分工作或退休在家（　），在家病休或需人照顾（　）。

F65. 您对自己目前的工作能力、工作效率、学习等能力：（选一项）
很不满意（　），不大满意（　），过得去（　），比较满意（　），非常满意（　）。

F66. 近一周来您与配偶之间的感情（如无配偶，请评价与共同生活的亲人的关系，如父母、子女等）：（选一项）
亲密无间（　），比较亲密（　），一般（　），较冷淡（　），濒于破裂（　）。

F67. 近一周来，夫妻一方或双方心中有苦恼时，相互间常常（如无配偶，请评价与共同生活的亲人的关系，如父母、子女等）：（选一项）
从不交流（　），偶尔交流（　），较少交流（　），有些保留（　），相互交流（　）。

F68. 您对目前的婚姻状态（如无配偶，请评价与家人的关系）：（选一项）
很不满意（　），不大满意（　），过得去（　），比较满意（　），非常满意（　）。

F69. 您目前承担的家务量（包括家务劳动、教育抚养子女、照顾父母等）大约为____%。

F70. 您对自己目前承担的家庭责任：（选一项）

非常满意（　），比较满意（　），过得去（　），不大满意（　），很不满意（　）。

G1. 您对自身健康总的满意程度是：（选一项）

非常满意（　），比较满意（　），过得去（　），不大满意（　），很不满意（　）。

G2. 您对自己生活总的满意程度是：（选一项）

很不满意（　），不大满意（　），过得去（　），比较满意（　），非常满意（　）。

G3. 您怎样评价近周来您的健康状况：（选一项）

极差（　），比较差（　），一般（　），比较好（　），很好（　）。

G4. 您对您的生活质量总体评价是：（选一项）

质量很高（　），质量较高（　），中等（　），质量较低（　），质量很低（　）。

第三节　远期生活质量评估

近20年来，生命质量（Quality of life）研究备受注目，形成了一个国际性研究热点，并被广泛用于癌症、慢性病的测评，从而为药物筛选和临床治疗方法的评价选择提供综合依据。近年来，随着社会、经济发展和人口的老龄化，我国大多数恶性肿瘤的发病率和死亡率一直呈上升趋势。2004～2005年，全国每年恶性肿瘤新发病例数估计为260万例，全国每年因恶性肿瘤死亡估计为180万例。远期生活质量评估［又称Karnofsky功能状态量表，Karnofsky行为表现量表（Karnofsky Performance Status，KPS）］是医学领域较早使用的测定量表，是由Karnofsky和Burchenald在1948年提出的应用生活自理能力和活动情况来评价肿瘤患者的预后及选择治疗方式的量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

KPS将患者的功能状态分成11个等级，从100分的无病状态到0分的死亡，得分越高，表示功能状态越好。80分以上为非依赖级，即生活自理级；60～80分为半依赖级，即生活半自理级；60分以下为依赖级，即生活需要别人帮助级。KPS评分是他评量表，由医务人员根据病情变化对患者的身体状况进行测评，是评价日常生活和工作能力的基础指标，常用来表示患者的功能状态。具体评分方法见表2-3-1。

（二）适用范围及对象

主要作为肿瘤患者身体功能状态的评估工具，也可作为其他重症患者如颅脑损伤患者的评估工具。

（三）临床应用

1. 评价肿瘤患者及其他类型重症患者的远期生活质量（预后）

楚胜华等对影响幕上星型细胞瘤患者生存的因素进行研究，Cox回归多因素分析显示部位、术前KPS评分、病理级别、手术方式、术后放疗、肿瘤大小6个因素对幕上星型细胞瘤患者生成期的影响具有统计学意义。温一阳对晚期非小细胞肺癌（NSCLC）预后因素的临床研究发现：患者的一般状况（KPS评分）、放疗与化疗综合治疗方式及临床分期是影响晚期NSCLC患者生存的独立预后因素。贾亚平等采用ADL（日常生活活动）生活质量评

价表及 KPS 生活质量评价表进行中重型颅脑损伤患者出院 1 年后的生活质量。

2. 用于评价治疗、干预效果

彭猛青等通过对患者的 KPS 评分、疼痛、睡眠、食欲等方面改善情况来分析早期应用吗啡缓释片对癌痛患者生存质量的影响。李咏梅等采用 KPS 评分及疼痛量表评价唑来膦酸钠联合放射治疗骨转移癌临床疗效。李慧莉等采用焦虑量表和 KPS 评分评价护理干预缓解肿瘤光动力治疗患者焦虑的效果。

3. 选择治疗方法

魏涛等研究小剂量 5-氟尿嘧啶联合顺铂治疗低 KPS 评分（40～60 分）晚期肿瘤的近期疗效与毒副作用。钱垠通过研究发现低剂量紫杉醇方案合补肺汤适合治疗低 KPS 评分（40～70 分）晚期非小细胞肺癌。

二、应用举例

我们以陈赛君发表的文章“健康教育对结直肠癌术后患者生存质量的影响”[中国实用护理杂志，2009，25（11）：46-47] 为例，说明 KPS 评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为探讨健康教育在结直肠癌切除术后患者中的实施效果，将 50 例结直肠癌手术患者随机分为干预组和对照组各 25 例。干预组采用健康教育护理干预，内容包括入院宣教配合心理指导、术前常规宣教、手术日个别指导宣教、手术后 1 周内教育、造口患者的心理重建、特殊问题的重点宣教和出院宣教。对照组采用传统的手术前后卫生知识宣教。入院第 1 天和手术后 6 个月对两组患者进行体力状态评价和生存质量评价。结果发现干预组在干预后体力状态卡氏评分（KPS）总分与干预前和对照组比较显著上升，东部协作组体能状态（ECOG）评分与干预前和对照组比较显著下降，对照组干预前后 KPS、ECOG 评分比较无显著性差异；干预组在干预后生存质量总评分与干预前和对照组比较显著下降，对照组干预前后总评分比较无显著差异。因此认为对结直肠癌手术患者实施健康教育护理干预，为临床提供了一种行之有效的临床护理措施，可以提高患者的生存质量，值得推广应用。

（二）应用解析

陈赛君研究发现：健康教育护理干预（包括入院宣教配合心理指导，术前常规宣教，手术日个别指导宣教，手术后 1 周内教育，造口患者的心理重建，特殊问题的重点宣教和出院宣教）可减轻机体对疾病和治疗的反应程度，改善患者的心理应激，帮助患者重塑自我，有效提高患者的生存质量。这提示临床护理人员应对结直肠癌手术患者实施健康教育，以提高患者的生存质量。

KPS 评分是最早用于肿瘤患者生活质量的评分标准之一。国内研究较多，但大部分是用于评价肿瘤患者的预后及治疗效果，在护理领域应用较少。因此，护理人员可利用该表评价肿瘤患者或其他重症患者的身体功能状态，也可与其他量表如癌症患者特异性生活质量量表、日常生活自理能力量表或其他客观指标等相结合评价患者的护理干预效果。

表 2-3-1　远期生活质量评估（KPS）

评分	描　述
100	正常，无症状及体征

续表

评分	描　述
90	能进行正常活动，有轻微症状及体征
80	勉强可以正常活动，有一些症状或体征
70	生活可以自理，但不能维持正常活动或工作
60	有时需要帮助，但大多数时间可以自理
50	常需人照料
40	生活不能自理，需要特别照顾
30	生活严重不能自理
20	病重，需要住院积极支持治疗
10	病危，临近死亡
0	死亡

第四节　肝癌患者生命质量测定量表

原发性肝细胞癌（以下简称肝癌）是全球威胁人类健康最常见的实质器官恶性肿瘤之一，其发病率日益增高，是世界范围内第三大致死性和第五大频发的癌症。在我国，肝癌发病率（52.1/10万）居全球第一位，是北欧等国家发病率（5.1/10万）的10倍，病例数占全球的55%，肝癌病死率在国内居第二位、在全球居第三位。目前肝癌的各种疗法效果均不太理想，尤其是晚期肝癌，很难治愈，对生存时间的延长也难有大的进展。治疗主要以对症处理，减少痛苦为主。因此用生命质量来综合评价其治疗措施及其影响因素，具有较高的实用价值和意义。肝癌患者生活质量测定量表QOL-LC（Quality Of Life-Liver Cancer，V2.0）由万崇华等1995年研制，通过对105例肝癌患者进行测试，从躯体功能、心理功能、症状/副作用、社会功能4个方面对肝癌患者的生存质量进行评估，结果显示此量表具有较好信度、效度、反应度，能较全面反映肝癌患者的生存质量。

一、评分介绍

（一）评分方法

肝癌患者生命质量测定量表QOL-LC（V2.0）包括4个维度共22个条目，再加上一条自我评价的总生命质量得分，共23个条目，具体包括躯体功能（6个条目）、心理功能（6个条目）、症状/副作用（5个条目）、社会功能（5个条目）。每个条目由低到高量化为10个等级。在22个条目中，6个为正向条目（即分值越高，QOL越高），其余16个为逆向条目，正向条目和逆向条目混合排列，以免患者在填写量表时受到惯性思维的影响。量表为线性条目量表，回答在一条有两个极端点的10cm线上选择。计分时，线性条目按在线上所画的刻度直接得分（正向条目）或者其得分为10－所画的刻度数（逆向条目），可保留一位小数。比如患者在一个逆向条目上的8.5cm处画记，则得分为10－8.5＝1.5。各领域及量表的计分方法见表2-4-1。

（二）适用范围及对象

量表主要作为肝癌患者的生命质量评定工具，也可作为制定其他癌症和慢性病患者生命质量评定量表的参考。

（三）临床应用

1. 通过生命质量变化和生存时间变化或者其他的客观指标的变化来综合评价治疗方案

王艳滨等采用 QOL-LC（V2.0）量表对 80 例原发性肝癌患者经皮射频消融（RFA）治疗后生命质量进行评定，并与同期 40 例经动脉插管栓塞化学药物治疗（TACE 组）以及 TACE＋RFA（联合组）40 例分别进行比较。结果：PFA 组的生命质量总分中位数高于 TACE 组，差异有统计学意义；RFA 组和联合组在症状/副作用领域的得分中位数分别优于单纯 TACE 组；RFA 组躯体功能领域得分略高于 TACE 组的趋势。TACE 组和联合组于治疗后 Child-Pugh 分级提高的比例分别高于 RFA 组，TACE 组新生/复发的比例明显高于 RFA 组。RFA 组的 1 年、2 年和 3 年生存率与联合治疗组比较无统计学差异，但高于 TACE 组。因此认为，RFA 治疗肝癌多数患者可获得较好的疗效，严重的副作用少。TACE 与 RFA 联合治疗与单纯 TACE 相比，可减少患者肝功能损伤，有利于提高原发性肝癌患者的生命质量。

2. 对不同治疗措施下的患者的生命质量测定有助于对其效果的综合评判

华学锋等采用 QOL-LC（V2.0）量表调查 26 名肝癌肝移植患者术后的生存质量，结果发现肝癌肝移植患者在肝移植术后早期（半年内）生理功能，社会功能下降，心理功能好转，在术后远期（7 月以后）患者生存质量各领域都逐渐改善。

3. 肝癌患者生命质量的影响因素分析，为治疗和护理干预提供依据

王艳滨等研究发现原发性肝癌患者的年龄、收入、治疗后 Child-Pugh 分级、治疗后新生/复发率、并发症等方面与患者生命质量相关。殷英研究发现 TACE 术后肝癌患者的抑郁、应对方式与生活质量相关。研究结果提示我们可以开展一些心理干预活动，促进患者以积极的态度对待疾病，提高患者的治疗依从性，改善患者的心理状况，从而改善生活质量。

二、应用举例

我们以霍景山等发表的文章“综合性心理行为干预在中晚期肝癌治疗中的作用”［中国行为医学科学，2002，11（6）：650－651］为例，说明 QOL-LC（V2.0）量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为了解综合性心理行为干预治疗对中晚期肝癌的疗效，依据性别、年龄、病程、病情匹配的原则，分别选综合性心理行为干预组和对照组各 42 例患者，两组均行动脉插管栓塞化疗（TACE）治疗，同时干预组给予综合性心理行为干预。应用肝癌患者生存质量测定量表（QOL-LC，V2.0）和 Child-Pugh 肝功能分级评价疗效。结果发现经综合心理行为干预治疗生存质量呈明显提高，肝功能明显改善。因此认为心理行为干预治疗对中晚期肝癌有重要作用。

（二）应用解析

霍景山的研究发现：干预组经过综合性心理行为心理干预（包括：支持与解释，指导与纠正对癌症的错误认识，缓解负性情，适当的生活安排等）后，患者生存质量的心理功能、症状/副作用、社会功能领域及总的生存质量明显高于对照组，但对生理状况很难改善，可

能由于TACE治疗给患者带来的生理不良影响不会在短时间内消失，患者需要很长的一段时间去适应。总的来看，心理行为干预对提高中晚期肝癌患者的生命质量有重要的意义。由此可见，通过借助QOL-LC（V2.0）量表对肝癌患者生命质量的测评，可以指导临床护士对肝癌患者进行躯体护理的同时，进行针对性的心理护理，以提高患者的生存质量。

目前，与其他癌症相比，肝癌的生命质量研究不是太多，我国相对多一些，但是在护理领域应用并不广泛。因此，护理人员可以利用该量表对肝癌患者生存质量及护理干预效果进行评价研究。

表2-4-1　　肝癌患者生命质量测定量表［QOL-LC（V2.0）］

填表说明：本表有22个问题，问的都是您在过去2周内的情况，每个问题下有一划分为10个刻度的标尺，请逐条在您认为适当的位置上以“\”号在标尺上作出标记

以下括号为审核员填

1. 您的食欲怎么样

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

极差　　极好

2. 您能做自己日常生活的事情吗

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本不能　　完全能

3. 您感觉有足够精力吗

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本无精力　　非常有精力

4. 您觉得累吗

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本不容易　　极容易

5. 疲倦对您造成多大困扰

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本没有　　极大困扰

6. 行动困难影响了您的生活吗

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本无影响　　极大影响

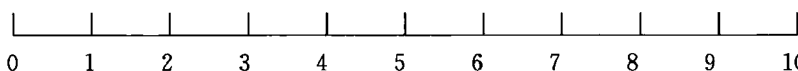
7. 您觉得未来会好吗

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本不好　　极好

续表 1

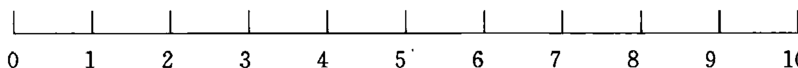
8. 您担心疾病造成的健康损害吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本不担心　　极担心

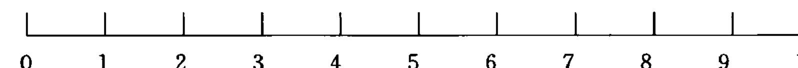
9. 您经常有不良情绪（如绝望、焦虑、压抑）吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

从来没有　　总是有

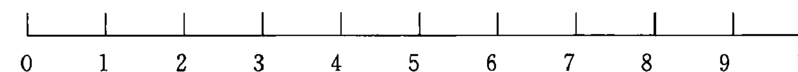
10. 有多少时间您在想您的疾病



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

完全不想　　一直在想

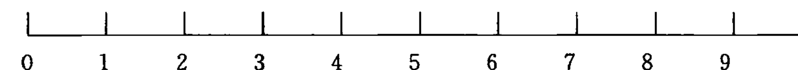
11. 疾病使您在精神上感到痛苦吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本不痛苦　　极痛苦

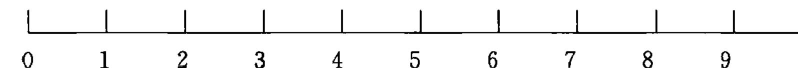
12. 悲伤和压抑等不良情绪对您的生活干扰大吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本无干扰　　极大干扰

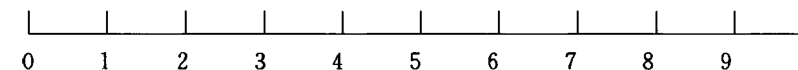
13. 您感到肝区疼痛吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

根本不痛　　极痛

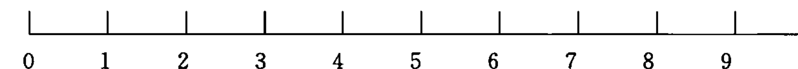
14. 您感到消瘦了吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

没有消瘦　　严重消瘦

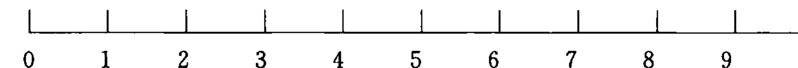
15. 您经常有胃肠不适吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

从来没有　　总是有

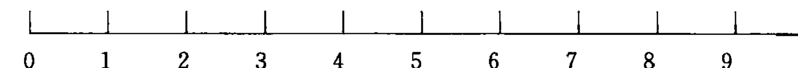
16. 您感到头晕吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

从来没有　　总是有

17. 您经常腹泻（拉肚子）吗



0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　（　）

从来没有　　总是有

续表 2

18. 当需要时您能从亲朋那得到帮助吗

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ( )

根本不能 完全能

19. 您在家里（或工作单位）的地位和作用是否因您生病而受到影响

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ( )

根本无影响 极大影响

20. 由于生病，您的家庭经济受到影响吗

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ( )

根本无影响 极大影响

21. 您的疾病和治疗影响了您的社交活动吗

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ( )

根本无影响 极大影响

22. 您能获得良好的医疗保障吗

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ( )

根本不能 完全能

您已经认真填完了上表，现在请您对您的总健康状况和生存质量进行总的估计，并按百分制打分（如 78 分），填在下面的横线上。

23. 您认为您的健康状况和生存质量总评分为：____分（满分为 100 分）。再次谢谢您的合作与支持！如果您有要补充或解释的，请填在下面的横线上。

第五节 肺癌患者生命质量测定量表

肺癌是发病率和死亡率都很高的恶性肿瘤之一。2000 年世界卫生组织统计资料表明，每年全球的肺癌新发病例为 120 万，占全部恶性肿瘤的 12.3%，死亡 110 万，占肿瘤死亡率的 17.8%。而在我国，肺癌已取代肝癌成为我国首位恶性肿瘤死亡原因，占全部恶性肿瘤死亡的 22.7%，且发病率和死亡率仍在继续上升。我国死因调查资料显示，肺癌死亡率从 20 世纪 70 年代中期至 90 年代初期的 20 年间增加了近 1.5 倍，是所有恶性肿瘤中升幅最高的。由于肺癌的预后不太理想，如何在改善患者生存时间的基础上提高其生命质量就成为医学领域研究的重点之一。在国外已有一些学者对肺癌患者的生命质量进行了测评，并开发出了一些相应的测定量表，如肺癌症状量表（Lung Cancer Symptom Scale，LCSS），美国西北大学结局研究与教育中心 CORE 研制的肺癌治疗功能评价量表（Functional Assessment of Cancer Therapy-lung，FACT-L），欧洲癌症研究与治疗组织研制的 QLQ-LC43 等。

欧洲癌症研究与治疗组织（European Organization for Research and Treatment，EORTC）是一个非盈利性的研究组织。该组织于1980年成立生命质量研究组，1986年开始研制面向癌症患者的核心量表（共性量表），在此基础上增加不同的特异性条目（模块）即构成不同病种的特异量表。QLQ-LC43是EORTC生命质量核心量表（Questionaire of Life Quality Core 30，QLQ-C30）和肺癌特异性模块（Questionaire of Life Quality Lung Cancer 13，QLQ-LC13）两者合并在一起形成的量表。QLQ-LC43可全面的评价肺癌患者的生命质量。

QLQ-LC43中文版是由万崇华等根据量表汉化方法研制而成的专门针对肺癌的生命质量测定的特异性量表。通过对该量表进行评估，证实该量表有较好的信度、效度及可行性，能作为国内肺癌患者生命质量的测评工具。

一、评分介绍

（一）评分方法

QLQ-LC43是由欧洲癌症研究与治疗组织研制的面向所有癌症患者的核心量表QLQ-C30（30个条目，见表2-5-1）和专门针对肺癌的特异性模块QLQ-LC13（13个条目，见表2-5-2）两部分构成。QLQ-C30包括5个功能子量表，3个症状子量表，1个总体健康状况子量表和6个反映症状的特异性条目构成。总体健康状况/生命质量分7个等级：从1分到7分；其他条目分为4个等级：从没有、有一点、较多至很多，评分时，直接评1～4分。QLQ-LC13特异模块包括一个症状子量表和10个反映症状的特异条目。将各个领域（子量表）所包括的条目得分相加并除以所包括的条目数即可得到该领域的得分（粗分，raw score，RS）即，$RS=(I1+I2+\cdots+In)/n$。各领域（子量表）的计分详见表2-5-3和表2-5-4。

为了使各领域得分能相互比较，进一步采用极差化方法将粗分化为在0～100内取值的标准化得分（Standard Score，SS）。具体说来（式中R为各领域或条目的得分全距）：

对功能子量表：$SS=[1-(RS-1)/R]\times 100$。

对症状子量表或单一条目：$SS=[(RS-1)/R]\times 100$。

量表为自评式，主要用于接受化学药物治疗（简称化疗）与放射治疗（简称放疗）并具有一定文化程度的患者的生命质量评价。

（二）适用范围及对象

该量表主要作为肺癌患者的生命质量评定工具。

（三）临床应用

1. 在临床治疗方法选择中的应用

蒋华等为观察在非小细胞肺癌患者中，与常规化疗模式相比，时辰化疗在疗效、毒副作用和生活质量上是否具有优越性。将NP方案［诺维苯（NVB）+顺铂（PDD）］以时辰给药方式治疗23例非小细胞肺癌患者为实验组，同期常规化疗21例作为对照组，采用QLQ-LC43量表进行自我问卷调查，所有患者于化疗前1天、2周期化疗结束后1周进行2次评估。结果显示，实验组患者化疗结束后QLQ-LC43评分均明显优于对照组，其中前者与肺癌症状和治疗副作用有关的分项也明显低于对照组，说明对于非小细胞肺癌患者，与常规给药模式相比，NP方案时辰给药具有更好的疗效、更低的毒副作用和化疗期间更好的生活质

量，因此也更易为患者所接受。

2. 有利于抗癌药物的筛选，特别是评价药物不良反应对患者生活质量的影响

张晓彤等采用欧洲癌症研究和治疗组织 QLQ-C30 和 QLQ-LC13 问卷中文版对 66 例晚期非小细胞肺癌（NSCLC）患者在接受表皮生长因子酪氨酸激酶抑制剂吉非替尼（250mg/d)治疗后进行调查，结果发现：患者生活质量及相关临床症状 QLQ-C30 评分各功能状态和综合生活质量评分的均值显著增加；QLQ-LC13 评分各项疾病相关症状评分的均值显著降低，药物的不良反应主要为Ⅰ级或Ⅱ级皮疹和腹泻，经对症处理可缓解。由此认为吉非替尼用于晚期 NSCLC 治疗疗效确切，同时可改善患者的相关症状、提高生活质量。

3. 探讨肺癌患者生命质量的水平及影响因素，为医疗、护理干预提供依据

王建平等为了分析肺癌、乳腺癌患者生活质量的特点以及可能的影响因素，选用生活质量问卷（QLQ-C30，QLQ-LC13，QLQ-BR23）作为主要测查工具，对 246 名化疗或放疗的患者进行分析。结果表明肺癌和乳腺癌患者除认知功能和腹泻症状外，各项生活质量指标均没有显著性差异，但卡氏功能（KPS）乳腺癌患者明显好于肺癌患者；癌症患者教育、年龄和经济状况 3 个因素总的贡献率对整体生活质量（QL）为 4%，对情绪功能（EF）为 11%，对躯体功能（PF）没有贡献，其中经济因素对 EF 的单独贡献率为 10%，说明经济因素对癌症患者情绪的影响不容忽视。

二、应用举例

我们以李乐之等发表的文章“肺癌患者疾病不确定感与生活质量的相关性研究”[中华行为医学与脑科学杂志，2009，18（3）：235－237] 为例，说明 QLQ-LC43 量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为探讨肺癌患者疾病不确定感、生活质量状况以及两者之间的关系，将住院确诊的 280 名肺癌患者作为研究对象，应用中文版疾病不确定感量表（MUIS）和中文版肺癌患者生活质量量表（QLQ-LC43）进行测评。结果显示：①肺癌患者疾病不确定感的总分平均为（105.15±12.66）分。②生活质量-总体健康感觉（1.53±0.58）分，功能量表各维度得分由高到低依次是，认知功能（1.78±0.92）分、情绪功能（1.72±0.63）分、躯体功能（1.63±0.45）分、社会功能（1.56±0.68）分和角色功能（1.27±0.41）分。③疾病不确定感总体水平与生活质量-情绪功能成正相关；疾病不确定感-不明确性与生活质量-躯体功能、情绪功能、认知功能、社会功能成正相关；疾病不确定感-不可预测性与生活质量-认知功能成负相关。因此得出肺癌患者存在较高水平的疾病不确定感，不确定感与生活质量有相关性的结论。

（二）应用解析

李乐之等的研究发现：肺癌患者的生活质量总体健康感觉相对生活质量功能量表得分较低，说明肺癌患者总体健康感觉较好。这可能与患者住院后症状得到积极治疗和控制以及与医护人员、家属的精心照顾有关。研究结果还显示：生活质量功能量表各维度得分由高到低依次是：认知功能、情绪功能、躯体功能、社会功能和角色功能。这提示患者的认知、情绪、躯体功能均较差；社会、角色功能相对较好。肺癌患者疾病不确定感的总得分与情绪功

能呈正相关，即疾病不确定感总体水平越高，情绪功能得分越高，患者的情绪越差。肺癌患者疾病不确定感的不明确维度与认知功能、情绪功能、躯体功能、社会功能呈正相关。即疾病不确定感得分越高，患者在这些领域的功能状况越差。研究结果提示护理人员在临床工作中，除了为患者提供生活护理和症状护理，通过控制和治疗患者的症状来改善肺癌患者的生活质量之外，降低肺癌患者的疾病不确定感也可帮助患者提高生活质量。

由于肺癌的预后不太理想，因此如何在改善患者生存时间的基础上提高其生命质量就成为医学领域研究的重点。目前，QLQ-LC43 在国内特别是在护理领域应用并不广泛，应用 QLQ-LC43 量表对肺癌患者护理干预的效果评价的文献尚未见报道。因此，可以利用 QLQ-LC43 量表探讨肺癌患者生命质量的水平及影响因素，为护理干预提供依据；也可以利用此量表对护理干预的效果进行评价。

表 2-5-1　　欧洲癌症研究与治疗组织生命质量测定量表
(EORTC QLQ-C30 V3.0 中文版)

	没有	有一点	较多	很多
1. 您在做一些费力的活动（如搬运重的购物袋或行李箱）时是否感到困难	1	2	3	4
2. 长途步行，您是否感到困难	1	2	3	4
3. 在屋外短途散步，您是否感到困难	1	2	3	4
4. 您一天中是否大部分时间要躺在床上或坐在椅子上	1	2	3	4
5. 您吃饭、穿衣、洗澡和上厕所时是否需要别人帮助	1	2	3	4
在过去的一周内：				
6. 您是否觉得您的工作和日常生活因疾病受到了限制	1	2	3	4
7. 您是否觉得您的业余爱好或其他消遣活动因疾病受到了限制	1	2	3	4
8. 您有过气促吗	1	2	3	4
9. 您有过疼痛吗	1	2	3	4
10. 您曾（因病）需要休息吗	1	2	3	4
11. 您睡眠困难吗	1	2	3	4
12. 您曾感到虚弱吗	1	2	3	4
13. 您曾感到没有胃口吗	1	2	3	4
14. 您曾感到恶心吗	1	2	3	4
15. 您曾呕吐过吗	1	2	3	4
16. 您曾有过便秘吗	1	2	3	4
17. 您曾有过腹泻吗	1	2	3	4
18. 您感到过疲乏吗	1	2	3	4
19. 疼痛妨碍您的日常活动吗	1	2	3	4
20. 您难以集中精力做事吗，如读报纸或看电视	1	2	3	4

续表

	没有	有一点	较多	很多
在过去的 ·周内：				
21. 您曾感到紧张吗	1	2	3	4
22. 您对您的疾病担心吗	1	2	3	4
23. 您曾感到容易动怒吗	1	2	3	4
24. 您曾感到压抑吗	1	2	3	4
25. 您曾感到记事困难吗	1	2	3	4
26. 您的身体状况或医疗干扰了您的家庭生活吗	1	2	3	4
27. 您的身体状况或医疗干扰了您的社交活动吗	1	2	3	4
28. 您的身体状况或医疗引起您的经济困难吗	1	2	3	4
对下面的问题按最适合您的情况圈出 1～7 的一个数字：				
29. 您怎样评价您过去一周的总体健康情况	1（非常差） 2 3 4 5 6 7（非常好）			
30. 您怎样评价您过去一周内的总体生命质量	1（非常差） 2 3 4 5 6 7（非常好）			

表 2-5-2　欧洲癌症研究与治疗组织肺癌患者生命质量测定特异性模块

（EORTC QLQ-LC13 中文版）

在过去的一周内	没有	有一点	较多	很多
1. 您经常咳嗽吗	1	2	3	4
2. 您咯血吗（痰中带血）	1	2	3	4
3. 您休息时感到气促吗	1	2	3	4
4. 您步行时感到气促吗	1	2	3	4
5. 您爬楼梯时感到气促吗	1	2	3	4
6. 您有过口腔和舌头疼痛吗	1	2	3	4
7. 您有过吞咽困难吗	1	2	3	4
8. 您有过手脚刺痛吗	1	2	3	4
9. 您有过脱发吗	1	2	3	4
10. 您有过胸痛吗	1	2	3	4
11. 您有过手臂及肩膀疼痛吗	1	2	3	4
12. 您有过身体其他部分的疼痛吗 如果有，什么部位（请写出）：________	1	2	3	4
13. 您服过止痛药吗？1　是　2　否 如果服过，作用大吗	1	2	3	4

表 2-5-3　QLQ-C30（V3.0）各领域的计分（粗分）方法

领域（子量表）/条目	条目数	得分全距	计分方法
1. 功能子量表			
躯体功能 PF	5	3	(I1+I2+I3+I4+I5)/5
角色功能 RF	2	3	(I6+I7)/2
情绪功能 EF	4	3	(I21+I22+I23+I24)/4
认知功能 CF	2	3	(I20+I25)/2
社会功能 SF	2	3	(I26+I27)/2
2. 总健康状况子量表 GH	2	3	(I29+I30)/2
3. 症状子量表/条目			
疲倦 FA	3	3	(I10+I12+I18)/3
恶心与呕吐 NV	2	3	(I14+I15)/2
疼痛 PA	2	3	(I9+I19)/2
气促 DY	1	3	I8
失眠 SL	1	3	I11
食欲丧失 AP	1	3	I13
便秘 CO	1	3	I16
腹泻 DI	1	3	I17
经济困难 FI	1	3	I28

表 2-5-4　肺癌特异模块 QLQ-LC13 各领域的计分（粗分）方法

肺癌症状子量表/条目	条目数	得分全距	计分方法
气促（Dyspnoea）LCDY	3	3	(I3+I4+I5)/3
咳嗽（Coughing）LCCO	1	3	I1
咯血（Haemoptysis）LCHA	1	3	I2
口腔溃疡（Sore mouth）LCSM	1	3	I6
咽下困难（Dysphagia）LCDS	1	3	I7
周围神经病（Perihperal neuropathy）LCPN	1	3	I8
脱发（Alopecia）LCHR	1	3	I9
胸痛（Pain in chest）LCPC	1	3	I10
手臂或肩膀痛（Pain in arm or shoulder）LCPA	1	3	I11
其他部位痛（Pain in other parts）LCPO	1	3	I12

第六节　糖尿病生存质量特异性量表

糖尿病（Diabetes Mellitus，DM）是由多种病因引起的代谢紊乱的疾病，其特点是慢性高血糖，伴有胰岛素分泌不足和（或）作用障碍，导致碳水化合物、蛋白质代谢紊乱，造

成多种器官的慢性损伤、功能障碍衰竭。该病患病率、致残率、病死率及对人们健康的危害程度仅次于恶性肿瘤、心脑血管疾病而居慢性非传染性疾病的第3位。随着经济的发展和生活方式的改变，DM患者的数量迅速增加。糖尿病是一种终身性疾病，目前尚无法根治，因此，如何测评和改善患者的生存质量在临床医学界和社会医学界日益受到人们的重视。

中国糖尿病患者特异性生存质量测评量表（Diabetes Specific Quality of Life Scale，DSQL，见表2-6-1）是由方积乾等于1997年研制而成，含生理、心理、社会关系、治疗4个维度，27个条目。该量表有以下特点：①性能可靠：对DSQL综合的信度、效度、反应度考核，表明具有较好的信度、效度、反应度。②特异性：DSQL是专门为糖尿病患者设计的既有特异性又能与WHO-QOL（世界卫生组织生活质量量表）配合使用的量表。③简短、易懂、可操作性：患者自填DSQL完成时间平均为6分钟左右，最快2分钟，最慢15分钟。适合临床日常性生存质量监测，实用性强。④重点突出：DSQL问题中患者认为非常重要的问题占76.1%，其中治疗、不适反应等患者最关心的问题占55.6%。

一、评分介绍

（一）评分方法

DSQL包括4个维度，27个条目，分别为：①生理功能（12个条目），了解糖尿病引起的躯体不适情况、疾病对感官功能和智力的影响、糖尿病并发症的影响。②心理/精神（8个条目）。了解糖尿病对患者心理总的影响、患者的不良心理问题以及对治疗疾病的信心。③社会关系（4个条目），了解糖尿病对患者人际关系的损害程度，对经济、社会和家庭地位的影响。④治疗方面（3个条目），了解患者对治疗的满意度、药物不良反应的影响以及了解患者低血糖和饮食控制的发生情况。每个条目采用线性评分方法（1～5分），4个维度单项及总的生存质量的满分分别是60分、40分、20分、15分和135分，见表2-6-1。分数越低，生存质量越好；得分越高，受疾病的影响越大，生活质量越差。由于4个维度所含有子题数不同，不能直接用其均数和标准差进行比较。因此，以维度分值和子题数的比值来比较各功能维度的情况，比值越高，其功能越差。

（二）适用范围及对象

DSQL可独立或与生命质量普适性量表综合应用，对糖尿病患者的生存质量进行测评。

（三）临床应用

DSQL可用于描述糖尿病患者生存质量状况、评价干预效果、糖尿病患者治疗与花费效益评价等。如姜节卫等采用生存质量特异性量表（DSQL）对120例糖尿病（DM）患者进行生存质量调查，结果显示：患者生存质量普遍下降，心理维度受损程度最大；年龄、文化程度、经济水平、有无并发症、胰岛素治疗等是影响DM患者生存质量的主要因素。因此认为应针对影响DM患者生存质量的因素，采取必要的护理干预措施，帮助DM患者提高生存质量。吉顺利等采用汉密顿抑郁量表（HAMD）、空腹血糖（FBG）、餐后2h血糖（BPG2h)及DSQL评价新型抗抑郁药艾司西酞普兰对2型糖尿病（T2DM）患者抑郁症状控制的疗效及安全性。卫绍钧等采用DSQL、FBG及BPG2h评价心理健康教育对2型糖尿病患者的影响，结果发现：干预组与对照组比较FBG差异无显著性，BPG2h差异有显著性，DSQL评分干预组治疗前后在心理维度、社会维度方面评分显著下降，因此认为住院期间患者进行健康教育可改善餐后2h血糖水平，提高患者的生存质量。

二、应用举例

我们以余庆英等发表的文章“体重干预对2型糖尿病合并肥胖患者近期生存质量的影响”[解放军护理杂志，2008，25（213）：5－7]为例，说明DSQL量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为探讨体重干预对于2型糖尿病合并肥胖患者近期生存质量的影响，将102例2型糖尿病合并肥胖患者随机分为体重干预组（$n=53$）及对照组（$n=49$），体重干预组的干预措施包括健康教育、膳食指导和运动指导。比较两组患者入院时及6个月后的糖尿病生存质量特异性量表（DSQL）评分，以及血糖（PG）、总胆固醇（TC）、三酰甘油（TG）、体重指数（BMI）、腰臀比、皮褶厚度等指标的变化。结果发现：体重干预组患者的生理功能、社会关系维度及治疗维度与自身干预前及对照组干预后比较，均有统计学意义；体重干预组患者的TG、TC、空腹PG及餐后2h PG与自身干预前及对照组干预后比较，均有统计学意义；两组患者的BMI、腰臀比及皮褶厚度的变化均无统计学意义。因此认为应对2型糖尿病合并肥胖患者加强体重干预，干预目标不应仅局限于体重的减轻，更应重视提高患者的自我管理水平，改善其生存质量。

（二）应用解析

余庆英等的研究发现：采用体重干预，可以改善2型糖尿病合并肥胖患者的生存质量。因此，对于2型糖尿病合并肥胖患者，应特别强调进行体重干预，包括健康教育、膳食指导及运动指导，使患者的体重、血糖控制在正常值范围，减轻或延缓并发症的发生，提高患者的生存质量。由此可见，通过借助DSQL量表对糖尿病患者生命质量的测评，可以指导临床护士对糖尿病患者进行针对性的护理，提高患者的自我管理水平，改善其生存质量。

表2－6－1　糖尿病患者生存质量特异性量表

填表说明：为了全面评价糖尿病患者的健康状况（比如身体、心理健康以及社会关系、周围环境等方面的良好适应状态）；为了评价医疗措施（如健康教育的效果、药物治疗的效果等）对患者健康状况的影响，我们用世界卫生组织（WHO）对健康的评价方法设计了糖尿病患者特异的生存质量调查表。表里的每个问题都询问的是患者自己的亲身感受。注意，所有问题都只针对最近2周您的感受。感谢您的配合与支持

	1	2	3	4	5
1. 糖尿病对生理功能的影响					
D1. G1 总的来讲，糖尿病对您的健康损害有多大	根本没损害	有点损害	有损害（中度）	很损害	极度损害
D1. F1. 1 您经常有皮肤瘙痒、肢体麻木、疼痛等身体不舒适的感觉吗	根本没有	偶有	有（约一半时间）	经常有	总是有
D1. F1. 2 身体不舒适的感觉对您的生活有多大干扰	根本没干扰	有点干扰	有干扰（中度）	很干扰	极干扰
D1. F2. 1 您是否感觉看东西越来越困难	根本没有	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有

续表 1

	1	2	3	4	5
D1. F2. 2 视力下降对您的日常生活有多大影响	根本没影响	有点影响	有影响（中度）	很影响	极影响
D1. F3. 1 您是否感觉听清别人讲话越来越困难	根本没有	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有
D1. F3. 2 听力下降对您的日常生活有多大影响	根本没影响	有点影响	有影响（中度）	很影响	极影响
D1. F4 您是否常感到胸痛、胸闷和心悸	根本没有	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有
D1. F5. 1 您是否感到皮肤和脚很容易感染	根本不	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有
D1. F5. 2 皮肤和脚的感染对您的生活有多大影响	根本没影响	有点影响	有影响（中度）	很影响	极度影响
D1. F6 您是否觉得对外界事物的反应能力下降了	根本没下降	有点下降	下降了（中度）	下降很大	下降极大
D1. F7 您是否感觉饥饿	根本没有	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有
2. 心理/精神维度					
D2. G2 糖尿病经常给您的日常生活带来麻烦和不便吗	根本没有	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有
D2. F1 您是否经常想糖尿病对您意味着什么	根本没有	偶尔有	有（约一半时间）	经常有	总是有
D2. F2 您是否担忧您会突然死掉	根本不担忧	偶尔担忧	担忧（约一半时间）	经常担忧	总是担忧
D2. F3 饮食控制是否使您感到烦恼	根本没烦恼	偶尔烦恼	烦恼（约一半时间）	经常烦恼	总是烦恼
D2. F4 定期自测尿糖或到医院检查血糖使您感到麻烦吗	根本不感到	偶尔感到	感到（约一半时间）	经常感到	总是感到
D2. D5 您是否因为糖尿病而感到紧张或局促不安	根本没有	有点	有（约一半时间）	经常有	总是有
D2. F6 您对您目前的治疗效果满意吗	极满意	很满意	满意（中度）	很不满意	极不满意
D2. F7 您是否相信您能战胜疾病的困扰	根本不相信	有点相信	相信（中度）	很相信	极相信
3. 社会关系维度					
D3. G3 总的来讲，糖尿病对您的人际关系是否有损害	根本没损害	有点损害	有损害（中度）	很损害	极度损害

续表 2

	1	2	3	4	5
D3. F1 您是否感到因为患有糖尿病而被人嫌弃	根本没有	偶尔有	有(约一半时间)	经常有	总是有
D3. F2 糖尿病对您在家里或单位里的地位和作用有影响吗	根本没有影响	有点影响	有影响(中度)	很影响	极度影响
D3. F3 您经常和周围的病友交流有关糖尿病的体验、问题和知识吗	根本不交流	偶尔交流	交流(约一半时间)	较常交流	一直交流
4. 治疗维度					
D4. F1 您服药后是否有过敏、恶心等药物不良反应	根本没有	偶尔有	有(约一半时间)	经常有	总是有
D4. F2 您是否有心悸、头昏和出虚汗等低血糖反应	根本没有	偶尔有	有(约一半时间)	经常有	总是有
D4. F3 饮食控制对您的生活方式或生活习惯有多大限制	根本没限制	有点限制	有限制(中度)	很限制	极限制

第七节　糖尿病特异性生存质量量表修订版

随着人们健康观和医学模式的转变，糖尿病治疗的目的已不仅仅是缓解疾病症状和控制血糖水平，更重要的是防治并发症和改善患者的生活质量。生活质量已成为未来糖尿病研究的热点问题。自 1988 年由 Jacobson 等人组成的糖尿病专门研究组首次制订了 DQOL 量表 (Diabetes Quality-of-life Measure) 以来，国外学者相应制定了糖尿病影响计量量表 (Diabetes Impact Measurement Scale，DIMS)、糖尿病健康状况量表 (Diabetes Health Profile，DHP)、糖尿病生活质量临床实验问卷 (Diabetes Quality-of-Life Clinical Trial Questionnaire，DQLCTQ)、DQLCTQ-R (DQLCTQ 修订版)、Diabetes - 39、糖尿病生活质量特异性量表 (Diabetes Specific Quality-of-Life Scale，DSQOLS) 等特异性量表。国内方积乾等首次研制出了中国糖尿病患者特异性生存质量测评量表。该量表与国外一些糖尿病特异性量表显著的区别在于没有设置与性生活有关的条目。但是，糖尿病 (DM) 是男性勃起功能障碍 (ED) 最重要的危险因子之一。Dey 等发现 DM 患者 ED 的发生率比非 DM 人群高 3 倍，2 型糖尿病 (T2DM) 患者随着病程的延长，ED 的发生率逐渐增高。吸烟史越长，吸烟的强度越大，DM 患者发生 ED 的危险性也越高。由此可见，是否存在性生活障碍是反映糖尿病患者生存质量好坏的一个重要内容。因此，为了更全面的反应糖尿病患者的生活质量，丁元林等引入国外较具权威性的 DQOL 量表，并根据我国的国情和文化背景进行了适当修订。采用定稿后的 A-DQOL 量表测评了 212 例 2 型糖尿病患者的生存质量，对其进行分析表明 A-DQOL 具有良好的信度和效度，可用于国内糖尿病患者生活质量的测评。

一、评分介绍

（一）评分方法

中文版 A-DQOL 为 5 级 Likert 量表，共 46 个条目，见表 2－7－1。它包括以下 4 个维度：满意程度、影响程度、忧虑程度Ⅰ（与社会、家庭或职业有关的忧虑程度）、忧虑程度Ⅱ（与疾病有关的忧虑程度）4 个领域，每个领域若干问题，每道题根据满意程度评为 1～5 分：1 分代表无影响或担忧，总是满意；5 分表示影响很大，从不满意。因此，得分越低说明生存质量越高，得分越高表示生存质量越差。

（二）适用范围及对象

A-DQOL 主要用于糖尿病患者生存质量的测评。

（三）临床应用

A-DQOL 可用于描述糖尿病患者生存质量状况、评价干预效果、糖尿病患者治疗与花费效益评价等。如陈爱腾等为了解 2 型糖尿病患者生存质量的影响因素，采用 A-DQOL 对 207 例 2 型糖尿病患者进行了问卷调查，结果显示，影响糖尿病患者生存质量的主要因素是病程、婚姻状况、甜食摄入情况、活动锻炼情况等。张丽芬等采用世界卫生组织（WHO）生存质量量表简表（QOL-BREF）和糖尿病患者生存质量特异量表（DQOL）观察中医辨证治疗方案对糖尿病肾病肾功能不全患者生存质量的影响。俞淑静等采用 DQOL 量表探讨音乐行为干预对 2 型糖尿病综合治疗的疗效。

二、应用举例

我们以孙冰等发表的文章“行为干预对 2 型糖尿病患者生命质量、心理状况和代谢性指标控制的影响”［中国行为医学科学，2005，14（2）：175－177］为例，说明 A-DQOL 量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为探讨行为干预对 2 型糖尿病患者生命质量、心理状况和病情控制的影响，孙冰等对 2 型糖尿病患者按登记顺序随机分为观察组（A 组）、对照组（B 组），进行糖尿病知识问卷、糖尿病生命质量量表（A-DQOL）和症状自评量表（SCL－90）评分，并对其血糖、血脂、体重等代谢指标的控制情况进行比较，两组均给以降糖药物治疗，A 组并给予行为干预，6 个月后两组重复上述量表测评及代谢指标检测，最后进行统计学分析。结果显示：两组治疗后比较，生命质量问卷总分为 A 组 100.3±28.6、B 组 138.9±10.7；生命质量满意度得分为 A 组 33.3±8.4、B 组 42.8±9.2；影响程度得分为 A 组 46.4±3.4、B 组 57.2±4.2；忧郁程度Ⅰ得分为 A 组12.6±2.1、B 组 18.8±2.4；忧郁程度Ⅱ得分为 A 组 8.8±2.6、B 组 13.9±1.1，均有显著性差异；A 组治疗后症状自评量表中躯体化症状、忧郁、焦虑评分均较治疗前降低显著，而 B 组治疗前后无显著性差异；两组治疗前后强迫症状均有显著差异；空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、血清总胆固醇、三甘油、低密度脂蛋白、体重指数等，A 组较 B 组均有显著性改善。因此得出结论：行为干预治疗对改善糖尿病患者的生命质量、心理状况及糖代谢情况起着确切的积极作用。

（二）应用解析

该文是利用 DSQL 量表描述糖尿病患者生存质量状况、评价护理干预效果的一个很好

的实例。研究发现：通过对糖尿病患者进行行为干预治疗（包括糖尿病知识干预、负性情绪干预、家庭、社会因素干预等）后，患者的生命质量明显提高，躯体化症状明显改善，忧郁、焦虑程度明显下降，血糖、糖化血红蛋白、血脂、体重的控制等糖代谢情况亦明显改善。这提示我们在糖尿病防治中必须充分调动医务人员、患者及其家属和社会有关人员的积极性，使患者处于一个良好的教育、防治、监测之中；良好的糖尿病病情控制，除医务人员的精心治疗和护理之外，更重要的在于患者及其亲属能够正确面对疾病，树立战胜疾病的信心，并能主动掌握病情，在生活起居等各方面积极地配合治疗。

表2-7-1　糖尿病特异性生命质量测定量表（A-DQOL）

满意程度	计分				
	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意
1. 您对医生控制您的病情所花的时间满意吗	1	2	3	4	5
2. 您对常规的体格检查所花的时间满意吗	1	2	3	4	5
3. 您对医生确定您的血糖水平所花的时间满意吗	1	2	3	4	5
4. 您对您目前接受的治疗措施满意吗	1	2	3	4	5
5. 您对自己受限制性的饮食满意吗	1	2	3	4	5
6. 您对自己患糖尿病后给家庭带来的经济负担满意吗	1	2	3	4	5
7. 您对自己关于糖尿病知识的了解程度满意吗	1	2	3	4	5
8. 您对自己的睡眠状况满意吗	1	2	3	4	5
9. 您对自己的社会关系和得到的友爱满意吗	1	2	3	4	5
10. 您对自己的性生活满意吗	1	2	3	4	5
11. 您对自己的工作、学业和家庭生活满意吗	1	2	3	4	5
12. 您对自己的体型满意吗	1	2	3	4	5
13. 您对自己每天能够用于锻炼身体的时间满意吗	1	2	3	4	5
14. 您对自己的业余生活满意吗	1	2	3	4	5
15. 总的来说，您对自己的生活感到满意吗	1	2	3	4	5
影响程度	从来没有	很少有	偶尔有	经常有	一直有
1. 您患糖尿病后经常对不得不接受治疗感到痛苦吗	1	2	3	4	5
2. 您经常对在公共场合下不得不谈及您的病情而感到尴尬吗	1	2	3	4	5
3. 您经常有心慌、出虚汗、头昏、颤抖等低血糖反应吗	1	2	3	4	5

续表 1

影响程度	计分				
	从来没有	很少有	偶尔有	经常有	一直有
4. 您经常感到身体不舒服吗	1	2	3	4	5
5. 您经常觉得自己患糖尿病后给您的家庭生活带来麻烦吗	1	2	3	4	5
6. 您经常晚上睡眠不好吗	1	2	3	4	5
7. 您经常感到糖尿病限制了您的社会交往和友谊吗	1	2	3	4	5
8. 您经常自我感觉良好吗	1	2	3	4	5
9. 您经常感到自己的饮食受到限制吗	1	2	3	4	5
10. 您患糖尿病后性生活经常受影响吗	1	2	3	4	5
11. 您患糖尿病后常被人劝阻不要骑车或从事打字员之类的工作吗	1	2	3	4	5
12. 您患糖尿病后身体锻炼经常受到影响吗	1	2	3	4	5
13. 您患糖尿病后经常无力承担家庭义务吗	1	2	3	4	5
14. 您经常向别人解释糖尿病的危害吗	1	2	3	4	5
15. 您患糖尿病后业余活动经常受到影响吗	1	2	3	4	5
16. 您经常向别人诉说自己的病情吗	1	2	3	4	5
17. 您患糖尿病后经常被别人取笑吗	1	2	3	4	5
18. 您患糖尿病后经常感觉自己去洗手间的次数比别人多吗	1	2	3	4	5
19. 您经常发现自己隐瞒病情而去吃一些自己不应该吃的东西吗	1	2	3	4	5
20. 您经常隐瞒自己一直有胰岛素副反应的事实吗	1	2	3	4	5
忧虑程度 I	从不担心	很少担心	偶尔担心	经常担心	总是担心
1. 您患糖尿病后经常为将来的婚姻状况感到忧虑吗	1	2	3	4	5
2. 您患糖尿病后经常为孩子的将来感到忧虑吗	1	2	3	4	5
3. 您患糖尿病后经常为以后可能找不到理想的工作感到忧虑吗	1	2	3	4	5
4. 您患糖尿病后经常为以后可能得不到养老金或离退休金感到忧虑吗	1	2	3	4	5
5. 您患糖尿病后经常为以后能否完成自己的继续教育感到忧虑吗	1	2	3	4	5
6. 您患糖尿病后经常为将来可能会失业感到忧虑吗	1	2	3	4	5

续表 2

忧虑程度 Ⅰ	计　分				
	从不担心	很少担心	偶尔担心	经常担心	总是担心
7. 您患糖尿病后经常为将来可能不能外出旅游感到忧虑吗	1	2	3	4	5
忧虑程度 Ⅱ	从不担心	很少担心	偶尔担心	经常担心	总是担心
1. 您患糖尿病后经常为将来可能会昏厥感到忧虑吗	1	2	3	4	5
2. 您患糖尿病后经常为自己的体型与别人不同感到忧虑吗	1	2	3	4	5
3. 您患糖尿病后经常为自己可能会发生并发症感到忧虑吗	1	2	3	4	5
4. 您患糖尿病后经常为有人不愿意和您一起外出感到忧虑吗	1	2	3	4	5

第八节　乳腺癌患者生命质量测定量表

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一，是女性癌症死亡的第二大原因。全世界大多数地区乳腺癌发病率逐年增高。在我国，据北京、上海等城市的抽样调查结果显示，乳腺癌在这些城市的发病率已跃居女性恶性肿瘤第一位。目前乳腺癌最常用和有效的治疗方法仍是乳腺癌改良根治术及术后化疗等辅助治疗。虽然这些治疗手段使乳腺癌的生存率明显提高，但不同的治疗方式对患者身心造成的影响是不相同的。因此，人们将研究的目光纷纷转向提高乳腺癌患者的生命质量上，并相继研制出一些乳腺癌患者的生命质量测定量表。

美国结局研究与教育中心 CORE（Center Outcomes Research and Evaluation）的 Cella 等研制出的癌症治疗功能评价系中的乳腺癌生命质量测定量表 FACT-B（Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast，V4.0）就是其中的一种。该量表是由一个测量癌症患者生命质量共性部分的共性模块 FACT-G 和乳腺癌的特异模块（称为附加关注，Additional Concerns）构成，是目前国际上应用较多的一个高质量的包含乳腺癌特异性条目的生存质量量表。FACT-G（V4.0）由 27 个条目构成，分为 4 个部分，即生理状况（Physical well-being）7 条、社会/家庭状况（Social/family well-being）7 条、情感状况（Emotional well-being）6 条和功能状况（Functional well-being）7 条。乳腺癌的特异模块由 9 个乳腺癌特异症状及治疗副作用条目构成。因此，FACT-B（V4.0）就是由 FACT-G 和乳腺癌的特异模块（9 个条目）构成的测定乳腺癌患者的特异量表（共 36 条目）。万崇华等人已经对其做了汉化及中文版的评估，证实该表具有较好的信度、效度、反应度及可行性。

一、评分介绍

（一）评分方法

FACT-B（V4.0）共分为 5 个领域 36 个条目，即生理状况（7 条）、社会/家庭状况（7

条）、情感状况（6 条）、功能状况（7 条）和附加关注（9 条），见表 2－8－1。可分别计算各条目、各领域以及总量表得分。因此，从理论上说，可分别对条目得分、领域得分和总量表得分进行统计分析，但通常只对后两者进行分析。条目得分的计算是为了计算后两者得分。

（1）条目得分的计算：36 个条目均采用等级式条目设置，分为一点也不（0 分）、有一点（1 分）、有些（2 分）、相当（3 分）、非常（4 分）5 个等级。在评分时正向条目直接计 0～4 分，逆向条目（即回答选项的数码越大，生命质量越差）则反向计分，即填写第一个等级者计 4 分、填写第二个等级者计 3 分，依次类推。其中，GP1～GP7、GE1、GE3～GE6、B1～B3、B5～B8 为逆向条目，其余均为正向条目。用公式表达为：

$$正向条目得分\ T=(0+回答选项数码)$$

$$逆向条目得分\ T=(4-回答选项数码)$$

（2）领域及总量表得分的计算：将各个领域所包括的条目得分相加即可得到该领域的得分，各领域的得分相加得到总量表的得分，见表 2－8－2。

（3）缺失值的处理：若条目的回答上有缺失值（未回答），则该人的该条目得分也为缺失值（未计算得分），相应领域的计分方法为：

$$该领域各条目得分之和\times该领域的条目数\div实际回答的条目数$$

（4）前面计算的得分是未经过标化的原始分数（粗分），各领域的得分不能相互比较。若有必要，还可按 logit 变换法将粗分转化为 0～100 取值的标化分。已有现成的表格可查阅粗分相对应的标准分值。

（二）适用范围及对象

该量表适用于临床各期乳腺癌患者，既可用于住院患者，也可用于门诊患者。

（三）临床应用

1. 在临床治疗方法选择中的应用

国外许多学者对乳腺癌的外科治疗方案的选择做了大量的生命质量的研究。Ohsumi S 等比较了保乳手术和乳癌改良根治术两种手术方式，采用 FACT-B 量表对患者的生活质量进行了研究，结果显示，接受保乳手术的患者生活质量高于乳房全切患者，尤其是年轻及受教育程度高的患者其社会/家庭状况领域得分显著高于乳房切除术患者。国内于轶群等采用 FACT-B 中文版对保乳术及改良根治术的早期乳腺癌患者在术后 6 个月和 12 个月时进行问卷调查，结果显示，保乳术 6 个月、12 个月患者的生活质量明显优于改良根治术患者，在生理状况、情感状况、功能状况、附加关注条目和生活质量总分差异均有统计学意义，社会/家庭状况无差异。因此，认为早期乳腺癌保乳手术能明显提高患者术后的生活质量。

2. 探讨乳腺癌患者生命质量的水平及影响因素，为医疗、护理干预提供依据

汪敏对采用 FACT-B 中文版量表评价深圳市和武汉市早期乳腺癌术后生存 1 年及以上患者的生命质量，并探讨其可能的影响因素，为干预措施的制定提供科学依据。结果发现：深圳市与武汉市乳腺癌患者术后生命质量均较好，但仍需进一步提高。深圳市患者生命质量的影响因素为受教育程度、术后体育锻炼、临床分期、患病年龄等。武汉市患者生命质量的影响因素为患癌前体育锻炼、现婚姻状况、医疗费用支付方式、术后复发或转移等。因此认为应从两地患者生命质量的影响因素出发，提供合理、有效的干预措施，提高患者的生命质量。

二、应用举例

我们以杨秀贤等发表的文章“综合心理干预对乳腺癌患者生存质量的影响”[中国行为医学科学，2008，17（4）：320－322]为例，说明 FACT-B 量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为探讨综合性心理干预对乳腺癌患者化疗期间生存质量的影响，将 83 例化疗期乳腺癌患者随机分为干预组和对照组，干预组除接受常规化疗及护理外还进行为期 8 周的综合性心理干预，对照组仅接受常规化疗及护理，以乳腺癌患者生命质量测定量表（FACT-B）、焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）为指标，评价心理干预对乳腺癌患者生存质量的影响。结果显示，综合性心理干预后干预组总的生存质量、功能领域和情感领域[分别为（89.49±10.64）分，（15.73±5.50）分，（19.48±5.05）分]明显高于对照组[分别为（79.68±16.75）分，（12.01±5.81）分，（14.38±4.13）分]，干预后乳腺癌患者的恶心及睡眠状况得到改善，疼痛程度干预前后变化不明显；干预后干预组的 SAS、SDS 评分[分别为（29.03±4.79）分，（30.67±6.12）分]与对照组[分别为（36.15±5.73）分，（42.88±9.45）分]差异具有显著性。因此认为综合性的心理干预能够改善乳腺癌患者的情绪状态，提高其生存质量。

（二）应用解析

杨秀贤等的研究发现：干预组经过心理干预（包括治疗性干预和教育性干预）后，患者生存质量的情感领域、功能领域及总的生存质量明显高于对照组，但对生理状况及社会家庭状况影响很难改善，可能与手术给患者带来的生理不良影响不会在短时间内消失，患者需要很长的一段时间去适应有关。对于患者的家属及朋友来说大部分都会给予患者感情上的支持，导致心理干预对社会家庭状况影响不是很明显。总的来看，在化疗期间对乳腺癌患者进行综合性的心理干预能够减轻患者化疗的不良反应、改善情感状况及功能状况，增强患者的自我价值感，进而提高患者的生存质量。由此可见，通过借助 FACT-B 量表对患者生命质量的测评，可以指导临床护士对乳腺癌患者进行针对性的护理，充分显示了“以人为本”的护理内涵，对于提高乳腺癌患者的生活质量也具有显著的意义。

表 2－8－1　　乳腺癌患者生命质量测定量表[FACT-B 中文版（V4.0）]

填表说明：表内是一些与您的疾病有关的重要问题。请在每一个问题之后圈出一个数字，以表明在过去的 7 天中最适合您的情况

领域（各具体条目）	一点也不	有一点	有些	相当	非常
生理状况					
GP1 我精力不济	0	1	2	3	4
GP2 我感到恶心	0	1	2	3	4
GP3 因为我身体不好，我满足不了家庭的需要	0	1	2	3	4
GP4 我感到疼痛	0	1	2	3	4
GP5 治疗的不良反应让我觉得不舒服	0	1	2	3	4
GP6 我觉得病了	0	1	2	3	4

续表 1

领域（各具体条目）	一点也不	有一点	有些	相当	非常
GP7 我不得不卧床	0	1	2	3	4
社会/家庭状况					
GS1 我和朋友们很接近	0	1	2	3	4
GS2 我在感情上得到家人的支持	0	1	2	3	4
GS3 我得到朋友的支持	0	1	2	3	4
GS4 我的家人已能正确视我患病这一事实	0	1	2	3	4
GS5 我高兴和家人谈论我的病情	0	1	2	3	4
GS6 我与自己的配偶（或给我主要支持的人）很亲近	0	1	2	3	4
Q1 不管你近期性生活的程度，请回答下面的问题，如果你不愿意回答，请在这里注明（　　）					
GS7 我对自己的性生活感到满意	0	1	2	3	4
情感状况					
GE1 我感到悲伤	0	1	2	3	4
GE2 我为自己这样对待疾病感到自豪	0	1	2	3	4
GE3 在与疾病的抗争中，我越来越感到失望	0	1	2	3	4
GE4 我感到紧张	0	1	2	3	4
GE5 我担心可能会去世	0	1	2	3	4
GE6 我担心自己的病情会更糟	0	1	2	3	4
功能状况					
GF1 我能够工作（包括家里的工作）	0	1	2	3	4
GF2 我的工作（包括家里的工作）令我有成就感	0	1	2	3	4
GF3 我能够享受生活	0	1	2	3	4
GF4 我已能面对自己的疾病	0	1	2	3	4
GF5 我睡得很好	0	1	2	3	4
GF6 我在享受我过去常做的娱乐活动	0	1	2	3	4
GF7 我对现在的生活质量感到满意	0	1	2	3	4
附加关注					
B1 我一直气促	0	1	2	3	4
B2 我在意自己的穿着打扮（由于疾病）	0	1	2	3	4
B3 我的一只或两只胳膊肿胀或无力	0	1	2	3	4
B4 我感到在性方面有吸引力	0	1	2	3	4
B5 脱发使我烦恼	0	1	2	3	4
B6 我担心家里其他人有一天会得和我一样的疾病	0	1	2	3	4

续表 2

领域（各具体条目）	一点也不	有一点	有些	相当	非常
B7 我担心紧张对我的疾病造成的影响	0	1	2	3	4
B8 体重的变化使我烦恼	0	1	2	3	4
B9 我仍然感到自己像一个女人	0	1	2	3	4

表 2-8-2　　FACT-B（V4.0）的各领域及总量表计分（粗分）方法

领域（子量表）	条目数	得分范围	计分方法（相应条目得分相加）
生理状况（PWB）	7	0～28	GP1+GP2+GP3+GP4+GP5+GP6+GP7
社会/家庭状况（SWB）	7	0～28	GS1+GS2+GS3+GS4+GS5+GS6+GS7
情感状况（EWB）	6	0～24	GE1+GE2+GE3+GE4+GE5+GE6
功能状况（FWB）	7	0～28	GF1+GF2+GF3+GF4+GF5+GF6+GF7
附加关注（AC）	9	0～36	B1+B2+B3+B4+B5+B6+B7+B8+B9
量表总分	36	0～144	PWB+SWB+FWB+AC

第九节　乳腺癌患者生活质量量表

乳腺癌是严重威胁妇女健康和生命的主要癌种之一，有研究表明：乳腺癌除了威胁患者生命外，还严重损害患者的生活质量。国外有关乳腺癌患者生活质量的研究比较活跃，就研究测评工具而言就有 10 余种，如乳腺癌患者生命质量测定量表（Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast，FACT-B）、国际乳腺癌生活质量研究组量表（the International Breast Cancer Study Group Quality of Life，IBCSGQL）、QLQ-BR53 等。其中欧洲癌症研究与治疗组织开发的 QLQ-BR53 应用较广。QLQ-BR53 是由用于所有癌症患者生命质量测定（测定其共性部分）的核心模块 QLQ-C30（Questionaire of Life Quality Core 30）和专门用于乳腺癌的特异模块 QLQ-BR23（Questionaire of Life Quality-Breast Cancer23）构成。QLQ-C30 共有 30 个条目（详见本章第五节）。QLQ-BR23 是乳腺癌的特异性子量表，包括 23 个问题，用于评价疾病症状、治疗的毒副作用（手术、化疗、放疗、内分泌治疗等）、体型、性功能和对未来的期望。QLQ-BR53 中文版是由万崇华等根据量表汉化方法研制而成的专门针对肺癌的生命质量测定的特异性量表。通过对该量表进行评估，证实该量表有较好的信度、效度及可行性，能作为国内乳腺癌患者生命质量的测评工具。

一、评分介绍

（一）评分方法

共性模块 QLQ-C30 的构成及计分方法详见本章第五节。特异模块 QLQ-BR23 量表共分为 8 个领域 23 个条目，见表 2-9-1。4 个功能领域分别为：体型领域（4 个条目）、性功能领域（2 个条目）、性乐趣领域（1 个条目）、未来看法（1 个条目）；4 个症状领域分别为：系统疗法副作用领域（7 个条目）、乳房症状领域（4 个条目）、手臂症状领域（2 个条目）、

脱发引起的烦恼领域（1 个条目）。所有条目分为 4 个等级：从没有、有一点、较多至很多，评分时按等级直接评 1～4 分。但需注意的是，如果条目 15（BR15）回答为“一点也不”，则性乐趣领域无法计分；如果条目 4（BR4）回答为“一点也不”则脱发引起的烦恼领域无法计分。将各个领域所包括的条目得分相加并除以所包括的条目数即可得到该领域的得分（粗分 RS，Raw Score），即 $RS=(BR_1+BR_2+\cdots+BR_n)/n$，详见表 2-9-2。这样计算来的得分是未经过标化的原始分数（粗分），若要使各领域的得分能相互比较，尚需按 Logit 变换法将粗分转化为 0～100 取值的标准化得分。

为了使各领域得分能相互比较，进一步采用极差化方法将粗分化为在 0～100 内取值的标准化得分（Standard Score，SS）。极差 R=得分最大值－得分最小值。具体来说，分别按下式计算：

功能领域：$SS=[1-(RS-1)/R]\times 100$

症状领域和总体健康状况领域：$SS=[(RS-1)/R]\times 100$

（二）适用范围及对象

此量表主要作为乳腺癌患者的生命质量评定工具。

（三）临床应用

QLQ-BR53 量表可用于不同治疗方法的比较、描述乳腺癌患者生存质量状况及影响因素、评价干预效果等。如闫春梅等为了解不同手术方式对早期乳腺癌患者生活质量（QOL）的影响，采用 QLQ-BR53 量表对接受保留乳房手术（BCS）者 50 例、改良根治术（MRM）者 140 例进行调查。结果发现保留乳房手术组与改良根治术组生活质量相比，BCS 组体象分值比 MRM 组高，其余各功能和症状量表得分两组比较无统计学差异。因此认为保留乳房手术患者比改良根治术患者生活质量较高，主要表现在体象方面。彭双运采用 QLQ-BR53 量表调查乳腺癌化疗前后的生命质量的变化及其影响因素。Salonen 等运用 QLQ-BR53 量表评价电话随访干预对乳腺癌患者术后生活质量的影响。

二、应用举例

我们以王梅芳等发表的文章“乳腺癌化疗患者癌性疲乏、应对方式与生活质量的相关性”[中国心理卫生杂志，2009，23（11）：776-779，789] 为例，说明 QLQ-BR53 量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为探讨乳腺癌化疗患者癌性疲乏、应对方式与生活质量之间的相关性，王梅芳等采用方便抽样法选择乳腺癌改良根治术后行药物化疗的女性患者 120 例，用癌性疲乏自评量表（PFS）、Jalowiec 的应对量表（JCS）和欧洲癌症研究与治疗组织开发的癌症患者生命质量测定系列量表的核心问卷［QLQ-C30（V3.0）］和针对乳腺癌人群的特异性问卷（QLQ-BR23），分别测评患者的癌性疲乏水平、应对方式和生活质量状况。采用 Spearman 相关分析患者癌性疲乏状况、应对方式以及生活质量三者之间的相关性。结果发现乳腺癌化疗患者的癌性疲乏总分与 QLQ-C30 的功能和总体健康状况呈负相关；积极的应对方式如勇敢面对、乐观与 PFS 的感知维度呈负相关，与 QLQ-BR23 的功能维度呈正相关；消极应对方式如情感、听天由命与 PFS 的认知维度呈正相关，与 QLQ-BR23 的功能维度呈负相关，与 QLQ-BR23 症状维度呈正相关。因此得出结论：乳腺癌化疗患者所经历的癌性疲乏状况、

采取的应对方式及其生活质量三者间存在一定程度的关联。

（二）*应用解析*

王梅芳等研究发现：积极的应对方式如勇敢面对、乐观、自我依赖、支持与癌性疲乏水平呈负相关，与生活质量的功能维度呈正相关，与症状维度呈负相关；消极应对方式如情感、逃避、听天由命等与癌性疲乏水平呈正相关，与生活质量的功能维度呈负相关，与症状维度呈正相关。表明采用积极应对如乐观、勇敢面对、支持应对方式有助于缓解精神紧张，促进生理功能的恢复，维持身心健康。而消极应对如情感、逃避、听天由命会加重由于疾病带来的精神紧张，损坏身心健康。因此提示护理人员应注重癌症患者身心护理，鼓励其按照自己的情况选择有效的应对方式缓解癌性疲乏，从各方面给予患者支持、关心，增强她们的应对能力，从而提高其生活质量。

表 2-9-1　　乳腺癌患者生命质量测定特异性模块

	没有	有一点	较多	很多
在过去的 1 周内				
1. 您有过嘴干吗	1	2	3	4
2. 饮食的味道与往常不同吗	1	2	3	4
3. 您眼睛痛、不适或含泪吗	1	2	3	4
4. 您有过脱发吗	1	2	3	4
5. 因头发脱落而感到不安吗（仅仅有头发脱落者回答）	1	2	3	4
6. 您感到有病或不舒服吗	1	2	3	4
7. 您有过发热脸红吗	1	2	3	4
8. 您有过头痛吗	1	2	3	4
9. 由于疾病或治疗，您感到身体失去吸引力了吗	1	2	3	4
10. 由于疾病或治疗，您感到失去女人味了吗	1	2	3	4
11. 您发现自己不愿意看自己的身体吗	1	2	3	4
12. 您有过身体其他部分的疼痛吗	1	2	3	4
13. 您担心自己将来的健康吗	1	2	3	4
过去 4 周内				
14. 对性生活感兴趣的程度	1	2	3	4
15. 性生活的程度（有性交或无性交）	1	2	3	4
16. 性生活使您兴奋的程度（有性活动者回答）	1	2	3	4
过去 1 周内				
17. 您的胳膊或肩膀痛吗	1	2	3	4
18. 您的胳膊或手肿胀吗	1	2	3	4
19. 抬或移动胳膊困难吗	1	2	3	4
20. 您病变侧乳房区域感到疼痛吗	1	2	3	4
21. 您病变侧乳房区肿胀吗	1	2	3	4

续表

	没有	有一点	较多	很多
22. 您病变侧乳房区过于敏感吗	1	2	3	4
23. 您病变侧乳房区域皮肤有问题吗	1	2	3	4

表 2-9-2　　乳腺癌特异模块 QLQ-BR53 各领域的计分（粗分）方法

领　域	性质	条目数	得分全距	计分方法
体型（body image）BRBI	功能型	4	3	(BR9 + BR10 + BR11 + BR12)/4
性功能（sexual functioning）BRSEF	功能型	2	3	(BR14+BR15)/2
性乐趣（sexual eyjoyment）BRSEE	功能型	1	3	BR16
未来看法（future perspective）BRFU	功能型	1	3	BR13
系统疗法副作用（systematic therapy side effects）BRST	症状型	7	3	(BR1 + BR2 + BR3 + BR4+BR6+BR7+BR8)/7
乳房症状（breast symptoms）BRBS	症状型	4	3	(BR20 + BR21 + BR22 + BR23)/4
手臂症状（arm symptoms）BRAS	症状型	3	3	(BR17+BR18+BR19)/3
脱发引起的烦恼（upset by hair loss）BRHL	症状型	1	3	BR5

第十节　心功能不全生命质量量表

心功能不全（心力衰竭）是由不同病因引起的心脏舒缩功能异常，以致在循环血量和血管舒缩功能正常时，心脏泵出的血液达不到组织的需求，或仅能在心室充盈压增高时满足代谢需要；此时神经体液因子被激活参与代偿，形成具有血液动力功能导演和神经体液激活多方面特征的临床综合征。在临床上，心功能、神经内分泌、射血分数等是心功能不全重要的评价指标，而从患者的立场上来讲，生命质量则更为重要。因为心功能不全患者常有气短、心悸、疲倦等症状，不少患者因为有这样的症状从而给生活带来严重的障碍。对这样的一些主观感受进行评价，需要 QOL 量表这样的工具。心功能不全 QOL 量表（Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire，LHFQ）是评价心功能不全患者 QOL 的专用生命质量量表。

LHFQ 由美国明尼苏达大学 Jay Cohn 博士 1987 年开发，现已翻译为多种语言，在世界范围内得到了广泛的应用。LHFQ 中文版是由朱燕波等根据量表汉化方法研制而成的专门针对心功能不全患者生命质量测定的特异性量表。通过对该量表进行评估，证实该量表有较好的信度、效度及可行性，可作为国内心功能不全患者生命质量的测评工具。

一、评分介绍

(一) 评分方法

LHFQ 含有疲倦等身体（physical）领域条目 8 个、沮丧等情绪（emotional）领域条目 5 个和其他领域条目 8 个，共 21 个问题。LHFQ 各个条目是 0～5 分 6 段计分法，每个条目原始最低分是 0 分，最高分是 5 分，每个条目得分相加得总分，因而原始综合分是 0 分（最好)～105 分（最坏）。得分越高，生命质量越差；得分越低，生命质量越好。转化分数最高 100 分，按逆向转换法计算。转化分换算的基本公式为：转化分＝(该领域可能的最高得分一原始分)÷该领域可能的最高得分×100。原始分如是 0 分，则转化分为 100 分；原始分如果是 105 分，则转化分为 0 分。转化分越高生命质量越好。具体各个领域得分计算方法见表 2－10－1，LHFQ 具体条目见表 2－10－2。

LHFQ 是自评量表，调查表的填写应采用自填法，或者由调查员或亲属逐条询问填写（因病、文化程度等原因无法自填者)，让患者自己作出生命质量评价。

(二) 适用范围及对象

LHFQ 是心功能不全患者生命质量测定的特异性量表。

(三) 临床应用

LHFQ 是临床心功能不全病情的评价和预防治疗干预措施效果评价的性能良好的标准化工具，其应用也可为卫生资源分配决策提供科学依据。Nacca 等报道，对重度心功能不全患者进行持续性血液透析，12 个月后用 LHFQ 评价患者 QOL，结果较治疗前改善。国内阮小芬等采用 6 分钟步行实验、LHFQ、临床心功能分级、血流动力学指标等研究慢性心力衰竭患者在“慢性收缩性心力衰竭治疗建议”基础上加用中药坎离煎对慢性心力衰竭患者活动耐量、生活质量和心力衰竭加重次数等的影响。廖晓春等用 6 分钟步行试验和 LHFQ 观察卡维地洛对老年慢性心力衰竭患者生活质量的影响，结果发现卡维地洛对老年性慢性心力衰竭患者的生活质量有显著的改善作用。

二、应用举例

我们以刘庚等发表的文章“慢性心力衰竭患者生活质量与社会支持的相关性研究”[护理管理杂志，2009，9（10)：10－12] 为例，说明 LHFQ 量表在临床研究中的实际应用。

(一) 内容介绍

该文作者为探讨慢性心力衰竭患者生活质量和社会支持的相关性，采用心功能不全生活质量量表和社会支持评定量表对 111 例慢性心力衰竭患者进行调查。结果显示：慢性心力衰竭患者的生存质量得分（62.13±16.27）分，社会支持总分（24.17±7.64）分，两者呈显著正相关。说明慢性心力衰竭患者的生存质量受社会支持程度的影响，通过实施综合的护理干预措施予以支持，可以提高患者的生存质量。

(二) 应用解析

刘庚等研究显示：111 例慢性心力衰竭患者的生活质量得分为（62.13±16.27）分，高于国内外相关研究，表明生活质量更差，并且在身体、情绪及其他领域水平均较其他研究更差；社会支持水平总分（24.17±7.64）分，明显低于常模（34.56±3.72）分，说明慢性心力衰竭患者获得的社会支持较少；回归分析显示，客观支持、主观支持和支持利用度是影响

生活质量的因素，患者生活质量在很大程度上取决于社会支持程度。因此，护理人员除了为慢性心力衰竭患者提供相应护理外，还应该积极帮助患者支持系统的成员充分认识到其对患者康复的重要作用，使其协助医护人员最大限度地为患者提供身体、精神、情感及健康教育等方面的支持，进一步完善社区护理工作，改善慢性心力衰竭患者生活质量。

有研究显示，慢性心力衰竭患者生命质量测评工具中应用较多的特异性量表是 LHFQ。由于 LHFQ 引入我国的时间较晚，LHFQ 在国内特别是在护理领域应用并不广泛。在中国知网及维普信息资源系统中，应用 LHFQ 量表对肺癌患者护理干预的效果评价的文献尚未见报道。因此，可以利用 LHFQ 探讨心力衰竭患者生命质量的水平及影响因素，为护理干预提供依据；也可以结合其他客观指标对护理干预的效果进行评价。

表 2-10-1　　LHFQ 各领域得分及转化分的计算

领域	条目数	原始得分范围	原始计分	转化分的计算方法
身体	8	0～40	Q2＋Q3＋Q4＋Q5＋Q6＋Q7＋Q12＋Q13	转化分＝(40－原始分)÷40×100
情绪	5	0～25	Q17＋Q18＋Q19＋Q20＋Q21	转化分＝(25－原始分)÷25×100
其他	8	0～40	Q1＋Q8＋Q9＋Q10＋Q11＋Q14＋Q15＋Q16	转化分＝(40－原始分)÷40×100
综合	21	0～105	Q1＋Q2……＋Q21	转化分＝(105－原始分)÷105×100

表 2-10-2　　心功能不全生命质量量表

填表说明：这是一些关于最近 1 个月心功能不全（心脏的状况）如何妨碍了您生活的问题。下面所列出的项目描述了某些人在不同方面所受到的影响。如果您确定某一项目不符合您的情况或者是与您的心功能不全没有关系，请用“√”把 0（没有）画上，然后继续下一个项目。如果问题与您的心功能不全有关，就用“√”画不同的数字等级（即 1～5），代表对您的生活的妨碍程度

最近 1 个月，您的心功能不全在多大程度上妨碍了您的生活	没有	很少有	→	→	→	总是有
1　造成足踝、小腿等肿胀	0	1	2	3	4	5
2　使您白天坐下或躺下休息	0	1	2	3	4	5
3　使您走路或上楼梯困难	0	1	2	3	4	5
4　使您做家务困难	0	1	2	3	4	5
5　使您外出困难	0	1	2	3	4	5
6　使您夜间睡眠不好	0	1	2	3	4	5
7　使您与朋友或家人的社交活动困难	0	1	2	3	4	5
8　使您为了生计去工作感到困难	0	1	2	3	4	5
9　使您娱乐活动、休闲运动、业余爱好困难	0	1	2	3	4	5
10　使您性生活困难	0	1	2	3	4	5
11　使您饮食减少	0	1	2	3	4	5
12　使您气短	0	1	2	3	4	5

续表

最近1个月，您的心功能不全在多大程度上妨碍了您的生活		没有	很少有	→	→	→	总是有
13	使您感到疲劳、疲惫或缺乏精力	0	1	2	3	4	5
14	使您住院	0	1	2	3	4	5
15	花钱看病	0	1	2	3	4	5
16	给您带来药物不良反应	0	1	2	3	4	5
17	使您感到成了家人和朋友的负担	0	1	2	3	4	5
18	使您感到在生活中失去自我控制能力	0	1	2	3	4	5
19	使您担忧	0	1	2	3	4	5
20	使您难以集中精力或记忆力衰退	0	1	2	3	4	5
21	使您感到沮丧	0	1	2	3	4	5

第十一节　慢性阻塞性肺疾病患者生活质量量表

慢阻肺全称为慢性阻塞性肺疾病（COPD），是一种以慢性气流受限为特征的疾病，发病率高，病史长，对个人、家庭和社会造成沉重负担。现有的临床检测指标如肺功能和动脉血气分析等尚不能很好地反映COPD患者生活质量，因此，相关研究人员提出了COPD生活质量评估的概念。目前，呼吸系统疾病中广泛应用的呼吸问卷有以下几种：圣·乔治医院呼吸问题调查问卷（the St. George's Respiratory Questionnaire，SGRQ）、慢性呼吸疾病调查问卷（Chronic Respiratory Questionnaire，CRQ）、呼吸疾病调查问卷（the Airways Questionnaire20/30，AQ20/30）、西雅图阻塞性肺疾病调查问卷（the Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire，SOLDQ）和加利福尼亚大学San Diego呼吸困难问卷（University of California San Diego Shortness of Breath Questionnaire）等，其中利用最高的是SGRQ。

SGRQ由英国St. George's医学院P. W. Jones教授等4位学者提出，是用于评价慢性气流受限疾病患者生活质量量表，其可信度、可行性及敏感性得到世界范围内多个不同语言国家的认可，广泛用于测评慢性阻塞性肺病患者的生活质量，取得了很好的效果。中文版是由北京协和医院呼吸内科柳涛等人根据中国国情等情况主持翻译研制的，陆慰萱等对30例COPD患者进行SGRQ评分及肺功能测定，并对其结果作相关性分析，计算Pearson's相关系数评价SGRQ的有效性，认为SGRQ是评价我国COPD患者生活质量有效、敏感、可行的方法，值得在我国推广。

一、评分介绍

（一）评分方法

SGRQ问卷包括50道问题，可划分3个维度：呼吸症状（咳嗽、咳痰、呼吸困难、气喘等）、活动受限（体育锻炼、购物、走动、家务等）、疾病影响（焦虑、痛苦、疲倦、不安全感等）和总分。呼吸症状维度由问卷的第一部分组成，活动受限维度由问卷第二部分的

2、6 小块组成，疾病影响维度由问卷第二部分的 1、3、4、5、7 小块组成。SGRQ 的计算方法采用加权平均方法，即每一个问题根据以往的调查研究、经验和统计学处理得出不同的分值，对生活影响越严重，分值越大，3 个部分分别得出分值，经过处理得出最后分值，波动范围是 0～100，对生活完全没有影响是 0 分，对生活极度影响是 100 分，见表 2 - 11 - 1。

研究认为，不论是单项还是总和得分分值波动 4%以上，均具有临床意义。SGRQ 的权重是通过多次反复实验确定的，研究对象包括不同性别、年龄、疾病严重程度、肺功能情况的哮喘、慢性阻塞性肺疾病患者，而且分别在英国、芬兰、荷兰和美国、意大利、泰国以及随后在德国、西班牙和日本等多个国家调查研究，发现包括种族因素在内的多项指标对权重影响性极小，也就是说气流阻塞性疾病种类和疾病严重程度以及患者的人口学资料对 SGRQ 评分的统计结果无影响，所以 SGRQ 适用于全世界范围的气流阻塞性疾病患者，长时间的临床和试验应用也证明了这一点。国内学者亦证明 SGRQ 评价我国 COPD 患者生存质量是可行和有效的，对病情变化是敏感的。

COPD 生存质量问卷计算比较烦琐，目前多应用北京协和医院呼吸内科与电子工业软件工程师合作成功开发出的“COPD 生存质量评估中文软件”，该软件完全是按 SGRQ 已经发表的计算公式，自行进行开发而成功的中文电脑软件，其问卷和计算结果完全与 SGRQ 一致。SGRQ 中文电脑软件的临床应用可以大大简化其计算过程，并节约了大量时间，也为 COPD 患者生存质量问卷的推广和应用打开了方便之门。只要点击鼠标即可迅速计算出问卷的总分、症状、活动能力、对生活影响的得分。

（二）适用范围及对象

SGRQ 适合于各种呼吸系统疾病，不仅包括 COPD 和哮喘等气流阻塞性疾病，还包括支气管扩张、肺炎等肺部炎症性疾病和特发性肺间质纤维化、结节病等间质性肺疾病。

（三）临床应用

SGRQ 广泛应用于临床、科研如患者生活质量评估、治疗疗效监测、康复治疗效果和再住院、病死率的预计等。如徐鸥等应用圣·乔治呼吸问卷（SGRQ）评测，以评估 SGRQ 评分在 COPD 病情程度分级间有无差异及其相关性，结果发现 SGRQ 评测 COPD 稳定期生活质量与肺功能及临床症状相关性良好，且能很好反映 COPD 稳定期不同病情的程度分级。李喆等研究发现沙美特罗氟替卡松粉吸入剂联合双水平呼吸道正压通气（BiPAP）可改善稳定期中重度 COPD 合并高碳酸血症患者的生活质量，并有可能改善肺通气功能，疗效优于单纯氧疗、BiPAP 治疗。张良明等研究发现肺功能检查、血气分析指标和 SGRQ 评分可以反映 COPD 的疾病进展，另一项研究还证明 SGRQ 可以作为预测死亡率的一个独立指标。

二、应用举例

我们以张炼等发表的文章“健康教育对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响”[中华流行病学杂志，2005，26（10）：808 - 810] 为例，说明 SGRQ 在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为探讨健康教育对慢性阻塞性肺疾病（COPD）稳定期患者肺功能和生活质量的影响，将 117 例稳定期 COPD 患者随机分为 4 组，其中Ⅰ组 31 例、Ⅱ组 26 例、Ⅲ组 20 例、Ⅳ组 40 例。Ⅰ组患者不接受健康教育，Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ组依次接受 1、2、3 次或 3 次以上

系统的COPD健康教育。对比观察4组患者干预前及6个月后FEV1、FEV1%预计值、FEV1/FVC和生活质量评分（SGRQ评分）。结果发现健康教育对延缓稳定期COPD患者FEV1、FEV1%预计值以及FEV1/FVC下降有明显作用，Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ组优于Ⅰ组，Ⅲ、Ⅳ组优于Ⅰ、Ⅱ组。同时对稳定期COPD患者生活质量指数（SGRQ分值）升高有明显作用，Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ组优于Ⅰ组，Ⅲ、Ⅳ组优于Ⅰ、Ⅱ组。因此得出健康教育能明显延缓稳定期COPD患者肺功能和生活质量下降的结论。

（二）应用解析

陈炼等以系统的健康教育为手段，通过专题授课、发放宣传资料、电话追踪监测、出版专题健康教育栏等手段，让患者了解COPD的概念、危害、高危因素以及康复等内容，并培养起规范服药和坚持呼吸康复训练等行为。结果发现，健康教育能有效地改善COPD患者肺功能以及生活质量，其效果与健康教育次数有关。健康教育对延缓稳定期COPD患者肺功能和生活质量下降的作用机制，与帮助患者培养起良好的疾病认知，进而能够坚持规范用药与呼吸健康训练有关。因此认为，健康教育切实可行，安全有效，值得推广运用。

目前，SGRQ评分在我国应用较广，但多限于患者生活质量评估、药物治疗疗效监测方面的研究及综述类文献，在护理领域应用较少。因此，护理人员可利用此量表对呼吸系统疾病患者进行护理干预效果评价研究。

表2-11-1　　　圣·乔治医院呼吸问题调查问卷（SGRQ）

填表说明：回答您认为最恰当的答案，不要遗漏问题，不要和别人讨论，我们关心的是您自己的答案，而不是您的家人或医生的看法。回答完后，请检查是否完成了所有问题

第一部分：关于在过去的3个月内你的呼吸困难问题，每个问题只选择一个答案：请选择一个能体现你目前健康状况的描述，并在方框内画“√”

1. 在过去的3个月内，咳嗽情况	□ 1周中绝大部分时间
	□ 1周中有几天
	□ 1个月中有几天
	□ 仅在肺部有感染时
	□ 没有
2. 在过去的3个月内，咳痰情况	□ 1周中绝大部分时间
	□ 1周中有几天
	□ 1个月中有几天
	□ 仅在肺部有感染时
	□ 没有
3. 在过去3个月内，气短的发生情况	□ 1周中绝大部分时间
	□ 1周中有几天
	□ 1个月中有几天
	□ 仅在肺部有感染时
	□ 没有

续表 1

4. 在过去的 3 个月内，喘息发作情况	□ 1 周中绝大部分时间 □ 1 周中有几天 □ 1 个月中有几天 □ 仅在肺部有感染时 □ 没有
5. 在过去的 3 个月内，曾出现过几次严重的或极不舒服的呼吸困难	请选择一个合适的方框，并画“√” □ 超过 3 次 □ 3 次发作 □ 2 次发作 □ 1 次发作 □ 没有发作
6. 最严重的一次呼吸困难发作持续多长时间	请选择一个合适的方框，并画“√” □ 1 周或更长时间 □ 3d 或更长时间 □ 1～2d □ 不超过 1d □ 没有发作
7. 在过去的 3 个月内，平均每周有几天呼吸是正常的（没有呼吸困难）	请选择一个合适的方框，并画“√” □ 没有 1d 呼吸是正常的 □ 1～2d 呼吸正常 □ 3～4d 呼吸正常 □ 几乎每一天都正常 □ 每一天正常
8. 如果有喘息，在清晨醒来时加重	请选择一个合适的方框，并画“√” □ 否 □ 是
第二部分 （一）	
1. 你如何描述你目前的呼吸困难	请选择一个合适的方框，并画“√” □ 呼吸困难严重影响了我的全部生活 □ 呼吸困难影响了我的全部生活 □ 呼吸困难影响了我的部分生活 □ 呼吸困难没有影响我的生活

续表 2

2. 如果你曾经有过工作，请从中选择一项	请选择一个合适的方框，并画“√” ☐ 呼吸问题使我完全终止工作 ☐ 呼吸问题影响我的工作或使我改变工作 ☐ 我的呼吸问题不影响我的工作 ☐ 我没有工作

（二）下面问题是关于这些天来哪些活动经常让你觉得气短，对每一个问题根据实际情况选择“是”或“否”，并在方框中画“√”

	是	否
静坐或静躺	☐	☐
洗漱或穿衣	☐	☐
在室内走动	☐	☐
在户外平台上走动	☐	☐
走楼梯上一层楼	☐	☐
爬坡	☐	☐
运动性体育活动或运动性游戏	☐	☐

（三）下列问题是关于这些天来你的咳嗽及气短问题，对每一个问题根据实际情况选择“是”或“否”，并在方框中画“√”

	是	否
咳嗽使我感到痛苦	☐	☐
咳嗽使我感到疲倦	☐	☐
谈话时，我会感到气短	☐	☐
弯腰时，我觉得气短	☐	☐
咳嗽或呼吸困难影响我的睡眠	☐	☐
我经常疲惫不堪	☐	☐

（四）下列问题是关于这些天来你的呼吸困难可能对你其他方面的影响。对每一个问题，根据实际情况选择“是”或“否”，并在方框中画“√”

	是	否
咳嗽及呼吸困难使我心情不愉快	☐	☐
我的呼吸问题让我的家人担心	☐	☐
当气短时，我感到害怕或惊恐	☐	☐
我觉得我的呼吸问题很严重	☐	☐
我觉得我的呼吸问题不能好转	☐	☐
呼吸问题使我变得虚弱、活动不便	☐	☐
体育活动对我来说是不安全的	☐	☐
做任何事情都很吃力	☐	☐

续表 3

（五）下列问题是关于你治疗问题，如果没有经过治疗请在“我接受过治疗”一项中，选择“否”，并跳过这些问题直接回答第六题

对每一个问题，请根据你的实际情况，选择“是”或“否”并在方框中画“√”

	是	否
我接受过治疗	□	□
治疗对我来说没有多大帮助	□	□
在他人面前用药让我感到难堪	□	□
治疗引起了不良的药物副作用	□	□
治疗严重干扰了我的生活	□	□

（六）下列问题是关于你的呼吸困难可能如何影响你的活动。对每一个问题，请根据实际情况选择“是”或“否”，并在方框中画“√”

	是	否
我洗脸刷牙或穿衣时，感到费力	□	□
我不能洗澡或淋浴，或需要花很长的时间	□	□
我走得比别人慢，或常常停下来休息	□	□
我做家务事非常慢，或常常停下来休息	□	□
上一层楼时，我得慢慢走或停下来休息	□	□
如果赶时间或快走，我不得不休息或放慢速度	□	□
呼吸困难使我在进行诸如上坡、提东西上楼、在花园中除草、跳舞、练气功或做操等活动时感到困难	□	□
呼吸问题使我在进行诸如搬运重物、在花园中挖土、慢跑或快走（8km/h）、舞剑或游泳时感到困难	□	□
呼吸问题使我在进行诸如重体力活、跑步、骑自行车、快速游泳、进行剧烈的体育运动时感到困难	□	□

（七）下列问题是你的呼吸问题如何影响你的日常生活，对每一个问题，请根据实际情况选择“是”或“否”，并在方框中画“√”

	是	否
我不能进行体育运动或运动性活动	□	□
我不能外出娱乐或消遣	□	□
我不能外出购物	□	□
我不能做家务	□	□
我不能走得离床或椅子太远	□	□

以下是一些由于你的疾病问题无法进行的其他活动项目（你不必选择是或否，他们只是提示你的气喘对你的影响）

①散步或遛狗　②在家干活　③性生活　④上商场、菜市场或进行娱乐活动　⑤在天气不好时外出或进入有烟味的房间　⑥探亲访友或与孩子玩耍　⑦其他重要活动

请选择一项最能反映你的呼吸问题的项目

续表 4

不影响我想做的任何事情	□
影响我想做的 1～2 件事情	□
影响我想做的大部分事情	□
影响所有我想做的事情	□

感谢你填写这份问卷。请再一次确认是否已经回答完所有问题。

第十二节　改良斯堪的纳维亚脑卒中量表

脑卒中作为威胁人类健康的三大疾病之一，具有发病率高、病死率高、致残率高、复发率高的特点，给社会、家庭带来沉重的经济和精神负担。近年来脑卒中单元溶栓治疗的开展，神经保护性治疗等脑卒中临床试验研究以及卫生决策的抉择，均需改进对脑卒中结局的测量。这成为发达国家脑卒中临床、预防、康复领域发展的一个热点。但由于脑卒中的病因、临床表现、预后和结局多种多样，使其临床研究和结局测量存在许多困难。目前，国际以及国内神经病学及康复学专家已基本达成共识，即在脑卒中患者的评定中，应采用一种统一和标准的语言和框架来描述其健康状况和疾病结局。而 WHO 颁布的"国际功能、残疾和健康分类（ICF）"为脑卒中的结局评估提供了最佳的框架。目前国内外以 ICF 为基本模式进行脑卒中的结局评定的量表很多，如斯堪的纳维亚脑卒中评分量表（Scandinavian Stroke Scale，SSS）、美国国立卫生研究所脑卒中评分量表（the NIH Stroke Scale，NIHSS）、欧洲脑卒中评分量表（European Stroke Scale，ESS）和加拿大神经功能评分量表（the Canadian Neurological Scale，CNS）等。其中国内较常用的是改良爱丁堡-斯堪的纳维亚脑卒中评分量表（Modified Edinburgh-Scandinavia Stroke Scale，MESSS，又称脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准），该量表是 1988 年由孟家眉教授执笔，以斯堪的纳维亚神经卒中量表（SSS）作为基础而制定的作为我国的脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准，并在全国第二次脑血管病学术会议上通过，1995 年在全国第四次脑血管病学术会进行了修订。1997 年，王拥军等人对最新版的"脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准"的信度、效度在中国的脑卒中人群中首次进行了研究评价，并与其他 3 个来自不同国家、较具代表性的脑卒中残损量表做比较，得出结论：临床神经功能缺损评分是最省时、信效度较好的量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

MESSS 包括意识（分值为 0，1，3，4，6，7，8，9）、水平凝视功能（分值为 0，2，4）、面瘫（分值为 0，2，3）、言语（分值为 0，2，5，6）、上肢肌力（分值为 0，1，2，3，4，5，6）、手肌力（分值为 0，1，2，3，4，5，6）、下肢肌力（分值为 0，1，2，3，4，5，6）和步行能力（分值为 0，1，2，3，4，5，6）8 个部分构成。其中意识部分包括 3 项检查：两项提问、两项指令及健侧肢体强烈局部刺激，前一项检查不正确或不能完成则进行下一项检查，其他 7 个部分为 1 项检查，每项检查只能选填一项。0 分表示正常，分数越高，

表明神经功能缺损越严重。各项目分相加即为该患者的总分值，具体评分标准详见表2-12-1。最高分45分，最低分0分，按得分情况将神经功能缺损程度分为3型：轻型0～15分；中型16～30分；重型31～45分。

（二）适用范围及对象

该量表主要用于脑卒中后患者神经功能缺损的评估。

（三）临床应用

该量表对脑卒中后患者所存留的或新出现的神经功能缺损进行识别和评定，并进行疗效考评。如熊海等研究发现急性脑卒中偏瘫患者早期康复治疗，能显著减轻临床神经功能缺损程度，明显提高患肢的运动功能和日常生活活动能力，脑部缺血灶的局部脑血流量也明显增加。藩小平等采用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）和MESSS评价氟西汀对脑梗死后抑郁及神经功能康复影响。吴军通过MESSS研究发现先发短暂性脑缺血发作（TIA）有可能对后继脑梗死患者的脑细胞有一定的积极作用，并且脑梗死体积和临床神经功能缺损程度与特定的TIA发作持续时间、发作次数及其与脑梗死特定的间隔时间显著相关。

二、应用举例

我们以藩小平等发表的文章“心理干预对脑卒中患者预后及免疫功能的影响”［中国临床实用医学，2008，2（1）：26-28］为例，说明NESSS评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为研究心理干预对脑卒中患者预后及免疫功能影响的临床意义，藩小平等将102名脑卒中患者随机分为对照组53例，干预组49例。两组患者均采用脑卒中后常规治疗和护理，干预组同时实施心理干预。在治疗前、治疗后1个月、治疗后6个月分别对两组患者进行生存质量量表（WHOQOL-BREF）、综合医院焦虑抑郁量表（HADS）、改良爱丁堡斯堪的那维亚卒中量表（MESSS）评定，同时对免疫球蛋白IgA、IgG、IgE、IgM、补体C3、补体C4及皮质醇进行测定。结果显示，治疗前除焦虑和抑郁评分干预组明显高于对照组外，其余指标两组无明显差异；1个月后，IgA水平干预组高于对照组，余无明显差异；6个月后，IgA、IgE、C4、生存质量量表评分干预组明显高于对照组，脑卒中量表评分干预组明显低于对照组，余指标两组差异无显著性。因此认为心理干预对提高脑卒中患者的生存质量，改善预后有着积极的临床意义。

（二）应用解析

藩小平等研究发现，对脑卒中患者予以心理干预（包括解释性心理支持治疗、认知疗法、放松疗法和加强社会支持等）有助于提高脑卒中患者免疫功能水平，对改善脑卒中的预后有着积极的促进作用。这提示医护人员在临床工作中不能只见疾病，不见患者，对脑卒中患者的救治应尽早与心理干预结合起来，对患者的心理障碍进行心理或药物治疗，促进神经功能康复，提高患者的生存质量。

MESSS是国内最常用的脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准，广泛地用于神经科病房及康复病房。护理人员可利用该量表结合其他量表综合评价脑卒中患者的护理、康复效果，改善患者预后。

表 2-12-1　改良斯堪的纳维亚脑卒中量表（MESSS）

项　目	评分标准	评分
（一）意识（最大刺激，最佳反应）		
1. 两项提问：①年龄。②现在是几月。相差2岁或者1个月都算正确	均正确	0
	一项正确	1
	都不正确，做以下检查	
2. 两项指令（可以示范）：①握手、伸掌。②睁眼、闭眼	均完成	3
	完成一项	4
	都不能完成，做以下检查	
3. 强烈局部刺激（健侧肢体）	定向退让（躲避动作）	6
	定向肢体回缩（对刺激的反射性动作）	7
	肢体伸直	8
	无反应	9
（二）水平凝视功能	正常	0
	侧凝视运动受限	2
	眼球侧凝视	4
（三）面瘫	正常	0
	轻瘫、可动	2
	全瘫	3
（四）言语	正常	0
	交谈有一定困难，借助表情动作表达，或言语流利但不易听懂，错句较多	2
	可简单对话，但复述困难	5
	言语多迂回，有命名障碍，词不达意	6
（五）上肢肌力	Ⅴ（正常）	0
	Ⅳ（不能抵抗外力）	1
	Ⅲ（抬臂高于肩）	2
	Ⅲ（平肩或以下）	3
	Ⅱ（上肢与躯干夹角＞45°）	4
	Ⅰ（上肢与躯干夹角＜45°）	5
	0	6
（六）手肌力	Ⅴ（正常）	0
	Ⅳ（不能握紧拳）	1
	Ⅲ（握空拳、不能伸）	2
	Ⅱ（能屈指、不能伸）	3
	Ⅱ（屈指不能及掌）	4

续表

项　　目	评分标准	评分
	Ⅰ（指微动）	5
	0	6
（七）下肢肌力	Ⅴ（正常）	0
	Ⅳ（不能抵抗外力）	1
	Ⅲ（抬腿 45°以上，踝或趾可动）	2
	Ⅲ（抬腿 45°左右，踝或趾不能动）	3
	Ⅱ（抬腿离床不足 45°）	4
	Ⅰ（水平移动，不能抬高）	5
	0	6
（八）步行能力	正常行走	0
	独立行走 5m 以上，跛行	1
	独立行走、需扶杖	2
	有人扶持下可以行走	3
	自己站立，不能行走	4
	坐不需支持，但不能站立	5
	卧床	6

第十三节　Rankin 量表

20 多年来，神经病学专家对脑卒中的结局评定逐渐形成比较统一的认识，即应按照 WHO 残疾分类的原则（ICF）进行评价，以提供一种统一和标准的语言框架来描述疾病与健康的状况，以利于不同国家、不同学科、不同实验研究者间的比较。作为 ICF 的第三个层次——参与水平，ICF 将其称为“参与和参与局限性”，在疾病结局分类的老版本（ICIDH－1）的残疾分类中，该层次采用的是“残障”这一专有名词。在 ICIDH－1 颁布的 20 多年的时间，由于对“残障”的定义十分模糊，目前国际尚无公认统一的量表。Rankin 量表用于脑卒中结局测量研究的较少的几个残障评定量表中最著名的一个。

Rankin 量表（Rnkin Scale，RS）在 1957 年由 Rankin 首先设计，它评定的是独立生活水平，应用 5 级评分。在原始的量表中使用了“残疾（disability）”这一单词，并把行走能力作为一个明确的评分标准。1988 年，Warlow 为了 UKTIA 研究结合失语和认知的内容对它做了一些修改，修订后的 RS（MRS，见表 2－13－1）不仅能评定脑卒中患者的全部独立生活能力，也通过参考发病前的情况，增加了新领域的内容。它是通过询问患者的室内外日常生活活动情况，经过综合判断完成的。Swieter 等人通过对修改过的 RS 进行评测间一致性分析发现：由于用词模糊，而且行走能力和独立生活能力是一致的假设不总是正确的，所以提出应对这两个问题进行修改。另外，对住院患者进行残障评定是困难的，应在出院后恢复期进行。虽然修订后的 RS 信度有所提高，但仍需进一步改善。

1989年，Bamford等人根据以往的研究进行了进一步的修订，认为由于原来的RS用词模糊，它的使用者不能按照残障水平，所以改变了它的某些用词，但仍保留它的中心思想。修订后的量表称为牛津残障量表（Oxford Handicap Scale，OHS），其信度得到进一步的改善，见表2-13-2。1995年，Hann等对反复修订的RS进行了效度研究发现，不应该把它看作纯残障评定方法，而应看作是具有残疾指针的全面的技能健康指数。

一、评分介绍

（一）评分方法

MRS及OHS将患者的残障水平分为5个等级，从0分的无症状到6分的死亡之间，得分越高，说明患者的残障水平越高。其具体评分标准MRS详见表2-13-1和OHS详见表2-13-2。张世洪等通过研究发现，可试用MRS评分≤2分作为脑卒中残疾的分界值。

表2-13-1　Rankin修订量表（MRS）

评分	描　述
0	完全无症状
1	尽管有症状，但无明显功能障碍，能完成所有日常职责和工作
2	轻度残疾，不能完成病前所有活动，但不需帮助能照顾自己的事务
3	中度残疾，要求一些帮助，但行走不需帮助
4	重度残疾，不能独立行走，无他人帮助不能满足自身需要
5	严重残疾，卧床、失禁，要求持续护理和关注
6	死亡

表2-13-2　牛津残障评分（OHS）

评分	描　述
0	无症状
1	症状很轻，不影响生活方式（无明显残障，能做各种日常活动）
2	轻度残障，症状限制了生活方式的某些方面，但不影响患者的理解能力（不能进行全部以前能从事的活动，但能处理个人事务而不需帮助）
3	中度障碍，症状明显限制了生活方式，完整的独立生活受限（需要一些帮助，但走路不需帮助）
4	中度障碍，虽不需要持续看护，但症状明显阻碍了独立生活（没有帮助不能行走，没有帮助不能照顾自己）
5	严重障碍，完全依赖，需要日夜连续的看护（卧床，需持续护理和关注）
6	死亡

（二）适用范围及对象

该评分量表主要适用于脑卒中患者的残疾水平测定，也可用于其他类型功能障碍患者的残疾水平评定。

（三）临床应用

该量表主要适用于脑卒中及其他类型功能障碍患者的残疾水平评定，并进行疗效考评。如柯将琼等采用 MRS 量表研究体感诱发电位和改良脑出血量表在脑出血患者肢体运动功能预测中的应用。李丹丹等采用牛津残障量表（OHS）等脑卒中结局量表研究发现，中西医结合卒中单元较一般脑卒中单元对严重脑卒中恢复期患者更有益。

二、应用举例

我们以尹学红等发表的文章“卒中单元护理模式对卒中后抑郁患者疗效的影响”[中国卒中杂志，2010，5（5）：384-387] 为例，说明 Rankin 量表护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者为探讨卒中单元护理模式对卒中后抑郁患者的影响，将 52 例卒中后抑郁患者随机分为治疗组和对照组，对所有患者均进行常规护理和常规治疗，治疗组在此基础上加用卒中单元护理模式，对两组患者的神经功能和精神状态进行对照研究。结果发现按照卒中单元护理模式进行护理干预的患者汉密尔顿抑郁量表（HESD）评分、Barthel 指数（BI）和神经功能改良 Rankin 量表（MRS）评分较常规护理组得到明显改善。因此认为对卒中后抑郁的患者，早期实施卒中单元模式护理，是减轻患者的抑郁情绪、提高康复效果的有效护理方法。

（二）应用解析

尹学红等研究发现，单元模式护理组的卒中后抑郁患者较常规护理组 BI 评分高，MRS 评分低，提示神经功能缺损程度轻、远期神经功能恢复程度好。提示护士应早期按卒中单元护理模式（包括药物治疗护理、康复指导、心理康复和健康教育等）对患者进行护理，以促进患者肢体功能康复。

Rankin 量表在我国应用较广泛，多是采用改良的 Rankin 量表，OHS 量表在我国应用较少。但大多是用于疾病预后和治疗效果评价，在护理领域应用较少，护理人员可利用该量表评价患者的残障水平，为进一步康复护理作出依据，也可结合其他量表对护理效果进行评价研究。

第十四节　日常生活能力评定量表

日常生活活动（Activity of Daily Living，ADL）是指人们为独立生活而每天必须反复进行的、最基本的、具有共同性的身体动作群，即进行衣、食、住、行、个人卫生等的基本动作和技巧。日常生活活动能力是人们在家庭和社区中的最基本的能力，是反映生存质量的最基本的指标之一。这种能力对于一般人来说是极为普通的，但对于功能障碍者来说则可能变得相当困难和复杂，以致无力完成，从而导致自尊心和自信心的丧失，影响患者与他人的联系，进而影响到整个家庭和社会。要了解患者在 ADL 方面存在的问题，首先须进行 ADL 的评定，而选择一个适当的 ADL 评定方法，可以客观、准确、全面的对患者进行评定，从

而指导康复治疗及评价康复疗效，促进患者早日康复，重返社会。

目前有超过200种的ADL评定方法存在，而在世界上公认的最为常用的评估ADL能力的量表为Barthel指数评定量表（Barthel Index，BI）。Barthel指数评定量表于1965年由Mshoney和Barthel首次发表，因其评定简单、可信度及灵敏度高，而且可用于预测治疗效果、住院时间和预后，是临床上应用最广泛、研究最多的一种ADL评定方法。当然，BI也有其使用上的缺陷，如"天花板效应"。即BI量表的最高分值可以存在于许多残疾患者中。因此，BI量表不能对更高功能性水平的患者进行残疾的评价。

针对BI评定等级少、分类粗糙、敏感度低的缺陷，改良Barthel指数评定量表（Modified Barthel Index，MBI）由加拿大学者Shah和Vanchay等于1989年在BI的基础上改良而来。内容仍为原10项，满分100分，MBI的评分分值分为5个等级，不同的级别代表了不同程度的独立能力水平。最低是1级，最高是5级，级数越高代表独立能力程度越高。Shah等对MBI用于258名初发的脑卒中患者评定的研究发现：Cronbach'α系数MBI入院时为0.90，出院时为0.93；BI入院时为0.87，出院时为0.92；MBI重复测量的相关性更好；每一个评定项目的均数MBI都较BI高，这都表明MBI较BI更为优越。MBI的中文版本（繁体）由香港的Leung，Chan和原作者Shah等于2007年发表。闵瑜等对简体中文版本进行信效度研究，结果显示MBI量表具有良好的效度、信度和敏感度。

MBI还有其他的版本。如由英国牛津大学的McDowell和Newell提出的BI-20，英国的Collin等也发展了改良的Barthel指数评定，也有将原10项内容改良为5项和15项的研究发表等。本节主要介绍Barthel指数评定量表及Shah等发展的改良Barthel指数评定量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. Barthel指数

Barthel指数评定量表（BI）于1965年由Mshoney和Barthel首次发表，见表2-14-1。它包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便，用厕、床椅转移、平地行走及上楼梯10项内容总分100分，评分分值为2～4个等级（0、5；0、5、10；0、5、10、15）。完全依赖为0分，分数越高代表患者自理能力越高，各项目所得分之和为总分。

评分举例：如一脑卒中发病后1个月的患者，经研究人员评定，该患者可自行进餐；能自己在床上坐起，但需要帮助才能从床转移到轮椅；可独立完成洗脸、梳头等；如厕时穿、脱裤子需要帮助；洗澡需要帮助；在帮助或监督下可上下一层楼梯；穿脱衣服时需要帮助；大便能控制；偶有尿失禁；在监督或帮助下可行走50m。则该患者BI个单项评分分别为：10、5、5、5、0、5、5、10、5、10，总分为60分。

2. 改良Barthel指数

MBI由Shah等1989年在BI的基础上改良而来，内容仍为原10项，满分100分，分值为（15、12、8、3、0；10、8、5、2、0；5、4、3、1、0），见表2-14-2。MBI的评分分值分为5个等级，不同的级别代表了不同程度的独立能力水平。最低是1级，最高是5级，各项目所得分之和为总分。级数越高代表独立能力程度越高。其基本的评级标准为：①完全依赖别人完成整项活动。②某种程度上能参与，但整个活动过程需要别人提供协助才能完成

（注："整个活动过程"是指有超过一半的活动过程）。③能参与大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动（注："某些过程"是指一半或以下的工作）。④除了在准备或收拾时需要协助，患者可以独立完成整项活动；或进行活动时需要别人从旁监督或提示，以保证安全（注："准备或收拾"是指一些可在测试前后去处理的非紧急活动过程）。⑤可以独立完成整项活动而无须别人在旁监督、提示或协助。MBI 对每项内容进行了范围限定和制定了具体的评分标准。

评分举例：如一脑外伤稳定期患者，经研究人员评定，该患者可自行进餐；除了在准备或收拾时需要协助，患者可以自行床旁转移；可独立完成洗脸、梳头等；如厕时自己能完成大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动；洗澡时患者自己能参与大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动；在上下楼梯过程中需有人从旁监督或提示，以保证安全；穿脱衣服时自己能完成大部分的活动，但在某些过程中需要别人帮助；大便能控制；患者通常能整天保持干爽但常出现小便失禁；可自行步行一段距离，但不能完成 50m。则该患者 MBI 各单项评分分别为：10、12、5、5、3、8、5、10、8、12，总分为 80 分。

3. BI 及 MBI 评定结果

BI 及 MBI 评定结果相同，即将评分分为 3 个等级：①>60 分为良，有轻度功能障碍，能独立完成部分日常活动，需要部分帮助。②41～60 分为中，有中度功能障碍，需要极大的帮助方能完成日常生活活动。③≤40 分为差，有重度功能障碍，大部分日常生活不能完成或需他人服侍。

表 2-14-1　　Barthel 指数评定量表（BI）

ADL 项目	完全依赖	需要极大帮助	需要部分帮助	完全独立
修饰（洗脸、梳头、刷牙、刮脸）	0	0	0	5
洗澡	0	0	0	5
进食	0	0	5	10
如厕（包拭净、穿裤、冲水）	0	0	5	10
穿衣（包括系鞋带）	0	0	5	10
大便控制	0	0	5	10
小便控制	0	0	5	10
上下楼梯	0	0	5	10
床椅转移（从床上转移到椅子上就座）	0	5	10	15
平地行走	0	5	10	15

表 2-14-2　　改良 Barthel 指数评定量表（MBI）

ADL 项目	完全依赖 1 级	最大帮助 2 级	中等帮助 3 级	最小帮助 4 级	完全独立 5 级
修饰（洗脸、梳头、刷牙、刮脸）	0	1	3	4	5
洗澡	0	1	3	4	5
进食	0	2	5	8	10
如厕（包拭净、穿裤、冲水）	0	2	5	8	10
穿衣（包括系鞋带）	0	2	5	8	10
大便控制	0	2	5	8	10
小便控制	0	2	5	8	10
上下楼梯	0	2	5	8	10
床椅转移（从床上转移到椅子上就座）	0	3	8	12	15
平地行走	0	3	8	12	15

（二）适用范围及对象

该量表适合于功能障碍患者的日常生活活动能力的评定。

（三）临床应用

BI 及 MBI 不仅可用于预测治疗效果、住院时间和预后，也可用于描述功能障碍患者 ADL 水平及影响因素、评价干预效果等。如蔡业峰等研究发现，中文版 BI 量表在中、重度卒中患者中，具有良好的信度、效度及敏感度，可作为卒中患者预后的评价指标。李剑采用 Fugl-Meyer 积分和 Barthel 指数研究急性脑卒中患者早期给予系统规范的康复治疗的效果。于洋等用 MBI 等量表研究卒中单元早期康复治疗对偏瘫患者功能恢复的影响。陈文华等采用改良 Barthel 指数及其他康复评定量表对急性脑卒中三级康复方案的应用与成本效果研究。

二、应用举例

我们以艾娟等发表的文章“早期支持性心理干预对急性脑卒中后抑郁和日常生活能力的影响”[中国临床康复，2005，9（28）：229] 为例，说明 BI 及 MBI 评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为探讨早期支持性心理治疗对急性脑卒中后抑郁情绪的干预效果及其对患者日常生活能力的影响，艾娟等以 2003 年 1 月至 2004 年 8 月南阳医学高等专科学校附属医院住院的脑卒中后抑郁患者 68 例为观察对象。按入院单双号分为心理干预组与对照组各 34 例，所有患者行常规药物治疗，心理干预组在此基础上进行支持性心理治疗（包括认知矫正、消除抵触、自闭和依赖心理，放松训练及音乐疗法），每次 1 小时，每周 2 次，连续 9 周。治疗前及治疗 3、6、9 周应用汉密顿抑郁量表评估其抑郁障碍程度，改良 Barthel 指数评定日常生活能

力，62 例进入结果分析。结果：①汉密顿抑郁量表得分：治疗前两组无差异，治疗后 3、6、9 周两组均较治疗前降低，但心理干预组效果更明显。②改良 Barthel 指数：治疗后 6、9 周两组均较治疗前升高，心理干预组得分显著高于对照组。因此认为早期支持性心理干预能显著降低急性脑卒中患者抑郁情绪的严重程度，并可提高日常生活能力。

（二）应用解析

这是一篇应用 MBI 评分来对支持性心理干预效果评定的文章。研究发现，对急性脑卒中患者进行早期心理干预，患者不良情绪逐渐减少或消失，对治疗的依从性提高，自信心增强，主动性增加，康复速度、日常生活能力均有较大提高。因此，提示临床护士对急性脑卒中早期患者进行急救护理时，还应重视对患者的心理干预，减少患者负面情绪的产生，积极配合康复治疗，尽可能地减少残疾。

BI 及 MBI 是世界上应用最广、信度效度具佳的残疾量表之一，在我国的应用也很广泛，在护理领域也很有应用价值，可用于对患者的护理评估、评价护理干预效果及制定护理分级的依据等。

第十五节　跌倒评估量表

跌倒是老年人易发生的意外事件，在医院是突发事件的内容之一，亦是医务界共同关注的问题。跌倒后常致伤、致残，它不仅影响医院的护理质量、引起医疗纠纷，还给患者、家庭和社会带来不良影响。有文献统计每年有 33.3%65 岁以上的老年人、50% 80 岁以上的老年人都经历过跌倒事件，许多国家已经或正在把住院患者跌倒作为临床护理质控的显性指标。评估住院患者跌倒危险性已被公认为是有效和必要的防范对策。到目前为止研发的跌倒评估量表很多，其中包括医院人员自主研究和改良的评估量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. Morse 跌倒评估量表

Morse 跌倒评估量表（Morse Fall Scale，MFS），见表 2-15-1，此量表由美国宾夕法尼亚大学 Morse 等于 1989 年研制，并在多个国家及地区医院使用。Morse 跌倒评估量表的使用有助于临床辨别跌倒高风险患者，启动防跌倒干预措施，为护士防跌倒工作提供依据。

该量表是一个专门用于预测跌倒可能性的量表，量表由 6 个条目组成，包括跌倒史（无＝0 分，有＝25 分）、超过 1 个医学诊断（无＝0 分，有＝15 分）、行走辅助（卧床休息、由护士照顾活动或不需要使用＝0 分，使用拐杖、手杖、助行器＝15 分，扶靠家具行走＝30 分）、静脉治疗/肝素锁（无＝0 分，有＝20 分）、步态（正常、卧床休息不能活动＝0 分，双下肢虚弱乏力＝10 分，残疾或功能障碍＝20 分）、认知状态（量力而行＝0 分，高估自己或忘记自己受限制＝15 分）。总分 125 分，评分＞45 分确定为跌倒高风险，25～45 分为中度风险，＜25 分为低风险，得分越高表示跌倒风险越大。

行走辅助条目实际是评估行动辅助用具的使用，主要通过观察和询问患者在行走或转移时是否需要辅助来评估患者的活动能力及平衡能力，以此判断患者是否有行动和平衡功能障碍及因此而导致跌倒的风险。

步态评估也是通过观察患者行走的步态来评估平衡及活动能力。

认知状态的评估是通过询问患者是否能正确判断跌倒危险从而使自己主动提高防跌倒意识，避免进行有跌倒危险的行为。

表 2-15-1　　Morse 跌倒评估量表

评分项目	评　　分		
跌倒史	无=0分	有=25分	
超过1个医学诊断	无=0分	有=15分	
行走辅助	卧床休息、由护士照顾活动或不需要使用=0分	使用拐杖、手杖、助行器=15分	扶靠家具行走=30分
静脉治疗/肝素锁	无=0分	有=20分	
步态	正常、卧床休息不能活动=0分	双下肢虚弱乏力=10分	残疾或功能障碍=20分
认知状态	量力而行=0分	高估自己或忘记自己受限制=15分	

2. 住院患者跌倒危险因素评估量表

该量表是武汉市中心医院内科护士长夏文君于2008年设计，见表2-15-2，包括8个项目：生活自理能力、肢体活动能力、表达能力、睡眠、视力、辅助用具、跌倒史、药物。评估项目以是、否或有、无分别给予各项目0分及1分，总分为0～8分，分数越高，表明跌倒危险因素越大。本节同时附有住院患者跌倒危险护理措施表，见表2-15-3。它与住院患者跌倒危险因素评估表一起使用，根据评估结果采取护理措施，并以画"√"的形式按是、否、不需来反映护理项目落实情况。护理措施表上的护理项目可分阶段落实，注明各项目落实日期，已落实项目请患者或家属在表上签字确认。

表 2-15-2　　住院患者跌倒危险因素评估量表

评分项目	评　　分		评分日期
	0分	1分	
生活自理能力	有	无	
肢体活动能力	有	无	
表达能力正常	是	否	
睡眠正常	是	否	
视力正常	是	否	
辅助用具	否	是	
跌倒史	否	是	
药物（近期使用可造成头晕、步态不稳、体位性低血压等药物）	否	是	
评分结果			
评分者			

表 2-15-3 住院患者跌倒危险护理措施表

护理项目		年　月　日			年　月　日		
		是	否	不需	是	否	不需
一般护理措施	加强巡视，及时发现并满足患者需要						
	固定床、轮椅、坐椅等设施						
	指导患者正确用药，告知用药后的反应						
	告知患者寻求协助的方法						
环境预防	提供足够的灯光						
	将物品放置于患者易取处						
	保持病房地面清洁干燥						
	清除病房、床旁及通道障碍						
健康教育	穿着舒适的鞋及衣裤						
	患者活动时有人陪伴						
	指导渐进下床的方法						
	告知安全使用便器的方法						
	指导呼叫器的使用						
护士签名							
患者及家属签名							
护士长签名							

3. 儿童住院患者跌倒危险因素评估表

该量表是针对儿童住院患者的跌倒危险因素评估表，见表 2-15-4，包括 4 个方面 13 项指标：一般情况（年龄≤3 岁、眩晕全身虚脱感、跌倒史、视力或听力障碍、意识障碍），肢体功能（肢体残缺、下肢残疾、骨关节异常），使用药物（镇静剂、利尿药物、抗癫痫药物），排泄情况（腹泻、尿频）。每次出现评估症状得 1 分，没有出现或不具备该项的症状得 0 分，总分越高说明跌倒的危险性越大。此量表将总分超过 1 分的儿童患者定为住院跌倒的高危人群。

（二）适用范围及对象

跌倒评估量表适用于住院患者跌倒危险因素的评估。

（三）临床应用

跌倒评估量表用于评估患者跌倒危险性，为医疗、护理干预提供依据。

郭敏、温桂霞于 2008 年 1～12 月对其心血管内科住院患者 954 例应用住院患者跌倒危险因素评估表的内容进行评估，并评估高危因素。按筛选结果确定需要采取的预防措施。对存在有高度跌倒危险因素的患者，在病床尾醒目位置加用悬挂有“防止跌倒”字样的警示牌。在患者病情变化及更换陪护者时，护士及时给予预防跌倒知识的指导，而且要随时检查

监督陪护者对各项预防措施的落实，在患者住院期间重复多次进行预防跌倒知识的指导，结果有效地减少了跌倒事件的发生。

有文献指出到目前为止评估跌倒危险性还没有一个工具是最有效并具有普遍性的，一般在量表评估时还应考虑以下内容：①病史。②体格检查，如心血管疾病和营养不良等症状。③步态和平衡功能检查。④实验室检查：全血细胞计数、血尿素氮、肌酐、血糖和维生素B_{12}的测定等，以排除贫血、脱水、低血糖症、高血糖症等可能引起跌倒的潜在疾病。通过整体的评估，护理人员可以更准确的了解患者跌倒的危险性，以预防为主，如在病区的走廊及病室内张贴“预防跌倒的保护性措施 10 知”，见表 2-15-5，对患者及家属起到宣传教育作用，同时有针对性的采取措施，做到合理分配护理资源。

表 2-15-4　　儿童住院患者跌倒危险因素评估表

评估内容	评　分	
	0 分	1 分
一般情况：		
年龄≤3 岁	否	是
眩晕全身虚脱感	否	是
跌倒史	否	是
视力、听力障碍	否	是
意识情况（障碍）	否	是
肢体功能：		
肢体残缺	否	是
下肢残疾	否	是
骨关节异常	否	是
使用药物：		
镇静剂	否	是
利尿药	否	是
抗癫痫药	否	是
排泄情况：		
腹泻	否	是
尿频	否	是

表 2-15-5　　预防跌倒的保护性措施 10 知

第 1 知	当您有服用安眠药或感头晕、血压不稳时，下床应先坐在床缘，再由家属扶下床
第 2 知	当您需要任何协助而无家属在旁，请立即以红灯通知护理人员
第 3 知	若发现地面有水渍，请告诉工作人员，并避免在有水渍处行走，以防不慎跌倒

续表

第 4 知	请将物品尽量收于柜内，以保持走道宽敞
第 5 知	护士已将床栏拉起时，若需下床应先通知护士将床栏放下来，切勿翻越
第 6 知	当您所照顾的患者有躁动、不安、意识不清时，请将床栏拉起，并予以约束保护
第 7 知	请您向护士叙述可能导致您跌倒的原因
第 8 知	请穿防滑鞋，切勿打赤脚
第 9 知	病房夜间打开地灯
第 10 知	入厕时，有紧急事故请按厕所内红灯告知护理人员

二、应用举例

以孙慧娟、吴素峰等发表的文章“血液透析患者跌倒危险的评估与干预措施”[护理管理杂志，2008，8（1）：56－58] 为例，说明 Morse 跌倒评估量表的临床应用。

（一）*内容介绍*

为评估血液透析患者发生跌倒的危险性，探讨预防跌倒的安全防护措施，降低由于跌倒引起的不良后果，孙慧娟等运用 Morse 跌倒量表对 111 例血液透析患者进行跌倒危险性评估。结果血液透析患者存在服用降压药物、肌肉骨骼病变、高龄、步态和平衡失调及视力下降等因素，在透析过程中跌倒零危险 1 例，占 0.90%；跌倒低度危险 93 例，占 83.78%；跌倒高度危险 17 例，占 15.32%。这表明血液透析患者为跌倒高危人群，应采取必要的干预措施，预防跌倒的发生。

（二）*应用解析*

孙慧娟、吴素峰等运用 Morse 跌倒量表（Morse Fall Scale，MFS）对其医院透析中心 2006 年 3 月至 12 月 111 例血液透析患者进行评估，结合内在危险因素和外在危险因素的评估，了解患者发生跌倒的危险性，并采取多方面的干预措施，结果使患者发生跌倒的意外事件显著减少，从而减少了由于跌倒带给患者的痛苦，改善了透析患者的生活质量。

这是跌倒评估量表在临床应用的一个实例。总的来说，跌倒评估量表在医院老年科使用较广泛，跌倒的预防备受医生、护士及患者的重视，其他科室则相对较少。如今，随着医疗体制的改革，医院患者的安全性越来越受到关注，跌倒产生的严重后果给医院、患者及社会带来影响，为了防止跌倒的发生，越来越多的医务人员着手于这方面的研究，在一些原始跌倒量表的基础上产生了很多适合自己科室使用的跌倒评估量表及措施。但是跌倒在任何一个科室都可能发生，因此医院或者每个科室都应该制定适合的评估量表，且每个护士都能掌握运用，这样才能有效提高护理质量。周君桂等调查研究了其医院病区护士与老年病专科护士使用 Morse 跌倒评估量表的情况，结果病区护士低估了患者发生跌倒的风险，且存在漏报跌倒风险患者的现象。因此护理管理者需加强对病区护士进行跌倒评估量表使用的培训，以正确评估患者，保障患者安全，降低院内跌倒发生率。

第十六节　舒适度量表

舒适是个体在其环境中保持一种平静安宁的精神状态，是身心健康、没有疼痛、没有焦

虑的轻松自在的感受，是患者最希望能通过护理得到的基本需要之一。增进患者的舒适程度，是护理所要达到的目的。随着社会的发展，如何降低术后患者的痛苦，提高术后患者的舒适已逐渐引起人们的重视。2004 年，美国麻醉护士协会已发表声明，围麻醉期护士对疼痛和舒适的评估应当作日常护理常规来执行。随着我国社会经济和医疗水平的发展，患者对舒适的需求将越来越迫切，要评估患者的舒适状况，首先必须要有一个良好的评估工具，所以引进或开发适合我国临床实际的舒适状况量表显得非常必要。本节将介绍几种舒适度评估量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 抗精神病药治疗中主观舒适度简表（Subjective Well-being under Neuroleptics short form，SWN）

抗精神病药治疗中主观舒适度简表（SWN）为自评量表，见表 2-16-1，共 20 个条目，分 5 个分量表（因子）：精神功能、自我控制、情感调节、躯体功能和社会适应，每个因子有 4 项；评分标准为频度等级评分：无、偶有、少有、有时、经常、总是，正向评分条目为 1～6 分，反向评分条目为 6～1 分。临床使用 SWN 简表时参考值选取一个临界点为 91 分，SWN>91 分为正常范围，<91 分为异常范围；选取 2 个临界点则为 96 分和 83 分，SWN>96 分为正常范围，<83 分为异常范围，83 分<SWN<96 分为边缘状态，后者诊断指数高于前者。评分总分越高说明舒适度越高。

表 2-16-1　抗精神病药治疗中主观舒适度简表

填表说明：以下所有的陈述均指在过去的一周内的情况。请标明真实的反应，在回答前不要同他人讨论这些问题，请诚实回答并且不要遗漏任何问题。答案没有“正确”或“错误”之分，请根据您自己的感受标明相应的选项

	无	偶有	少有	有时	经常	总是
*1. 我感觉无力并且力不从心	□	□	□	□	□	□
2. 我感到全身非常舒适	□	□	□	□	□	□
3. 我发现思考问题是容易的	□	□	□	□	□	□
*4. 我对未来非常失望	□	□	□	□	□	□
5. 我身体感觉正常	□	□	□	□	□	□
*6. 我对接触别人非常害羞	□	□	□	□	□	□
7. 我想象力丰富并且想法很多	□	□	□	□	□	□
8. 我感到环境气氛友好并熟悉	□	□	□	□	□	□
*9. 我感觉虚弱和极度疲劳	□	□	□	□	□	□
*10. 我对周围漠不关心，任何事都与我无关	□	□	□	□	□	□
*11. 我的思维是困难的和缓慢的	□	□	□	□	□	□
*12. 我的感觉与行为举止同环境不相适应，小事在意，大事反而不在意	□	□	□	□	□	□

续表

	无	偶有	少有	有时	经常	总是
13. 我与身边的人保持接触是容易的	□	□	□	□	□	□
*14. 我察觉周围环境有了变化，甚至陌生和对我有威胁	□	□	□	□	□	□
15. 我在很多事情上分清自己和他人是容易的	□	□	□	□	□	□
*16. 我的身体对我来说是一个负担	□	□	□	□	□	□
*17. 我的思路是不稳定的、不直截了当的，难以清楚地思考问题	□	□	□	□	□	□
18. 我对周围发生的事情感兴趣，这一点对我是重要的	□	□	□	□	□	□
19. 在特殊情况下我的感觉和行为举止也是合适的	□	□	□	□	□	□
20. 我充满自信，所有的事将会好起来	□	□	□	□	□	□

注："*"为反向评分项。

分量表：精神功能：3（+），7（+），11（－），17（－）。

自我控制：15（+），19（+），1（－），12（－）。

情感调节：18（+），20（+），4（－），10（－）。

躯体功能：2（+），5（+），9（－），16（－）。

社会适应：8（+），13（+），6（－），14（－）。

"+"表示正向评分；"－"表示反向评分。

2. Kolcaba 的舒适状况量表（General Comfort Questionnaire，GCQ）

Kolcaba 的舒适状况量表（General Comfort Questionnaire，GCQ）见表 2－16－2，是美国舒适护理专家 Kolcaba 在她研究的舒适理论的基础上发展起来的，具有较好的内部一致性。GCQ 包括生理、心理、精神、社会文化和环境 4 个维度，共 28 项，其中生理 5 项、心理精神 10 项、环境 7 项、社会文化 6 项。该量表采用 1～4 Likert Scale 评分法，1 表示非常不同意，4 表示非常同意。反项题 1 表示非常同意，4 表示非常不同意。分数越高说明越舒适。对每个项目进行分析，每项目都可表达舒适需求被满足或为满足的程度。经过文献查阅暂未发现完整的中文版 GCQ，本节特提供其中英文对照版以供参考。读者在使用该量表时，请进行信效度检测。

表 2－16－2（a）　　Kolcaba 的舒适状况量表（中文版）

填表说明：以下是描述您舒适状况的量表。量表中每一个问题均由 4 个数字来作为答案，请选择最接近你现在感觉的数字，这就是你此刻舒适的感觉

项　目	非常不同意	不同意	同意	非常同意
1. 当我需要帮助时，我可以找到可靠的人	□	□	□	□
*2. 我不想活动	□	□	□	□
*3. 我的状况使我很沮丧	□	□	□	□
4. 我感觉有信心	□	□	□	□
5. 我现在觉得生命很有价值	□	□	□	□
6. 知道别人在关心我，我很受鼓舞	□	□	□	□
*7. 太吵，我不能休息	□	□	□	□

续表

项　　目	非常不同意	不同意	同意	非常同意
*8. 没有人能体会我现在的感受	□	□	□	□
*9. 我疼痛得不能忍受	□	□	□	□
*10. 没人陪伴时我很不开心	□	□	□	□
*11. 我不喜欢这里这样	□	□	□	□
*12. 我现在有便秘	□	□	□	□
*13. 我现在觉得身体不好	□	□	□	□
*14. 这个房间让我感觉怪怪的	□	□	□	□
*15. 我害怕将会发生的事情	□	□	□	□
*16. 我现在非常累	□	□	□	□
17. 我现在感到很满足	□	□	□	□
*18. 这床铺（椅子）让我不舒服	□	□	□	□
19. 这里的气氛很平静	□	□	□	□
*20. 这里没有我喜欢的东西	□	□	□	□
*21. 在这里我没有归属感	□	□	□	□
22. 我亲戚、朋友经常打电话来关心我	□	□	□	□
23. 我需要更多地了解我的病情	□	□	□	□
*24. 我没有太多的选择	□	□	□	□
*25. 这房间味道不好	□	□	□	□
26. 我心情很平静	□	□	□	□
*27. 我现在情绪低落	□	□	□	□
28. 我发现生活很有意义	□	□	□	□

注：“*”为反向评分项。

表 2-16-2（b）　Kolcaba 的舒适状况量表（General Comfort Questionnaire，GCQ）（英文版）

Guidance note: Below are statements that may describe your comfort right now. Six numbers are provided for each question; please circle the number you think most closely matches your feeling. This is about your comfort at the moment you are answering the questions

项　　目	strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
1. There are those I can depend on when I need help	□	□	□	□
*2. I don't want to exercise	□	□	□	□
*3. My condition gets me down	□	□	□	□
4. I feel confident	□	□	□	□
5. I feel my life is worthwhile right now	□	□	□	□
6. I am inspired by knowing that I am loved	□	□	□	□
*7. The sounds keep me from resting	□	□	□	□

续表

项　　目	strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
* 8. No one understands me	□	□	□	□
* 9. My pain is difficult to endure	□	□	□	□
* 10. I am unhappy when I am alone	□	□	□	□
* 11. I do not like it here	□	□	□	□
* 12. I am constipated right now	□	□	□	□
* 13. I do not feel healthy right now	□	□	□	□
* 14. My room makes me feel scared	□	□	□	□
* 15. I am afraid of what is next	□	□	□	□
* 16. I am very tired	□	□	□	□
17. I am content	□	□	□	□
* 18. This chair (bed) makes me hurt	□	□	□	□
19. The views are soothing	□	□	□	□
* 20. My personal belongings are not here	□	□	□	□
* 21. I feel out ofplace here	□	□	□	□
22. My friends remember me with their cards and phone calls	□	□	□	□
23. I need to be better informed about my health	□	□	□	□
* 24. I don't have many choices	□	□	□	□
* 25. This room smells bad	□	□	□	□
26. I feel peaceful	□	□	□	□
* 27. I am depressed	□	□	□	□
28. I have found meaning in my life	□	□	□	□

Note: "*" is the reverse items.

(二) 适用范围及对象

该评分量表适用于手术后患者、精神病患者、化疗患者等可能存在不舒适因素的患者。

(三) 临床应用

该评分量表主要用于评估患者的舒适程度，提供舒适护理。通过舒适量表可以很好地了解患者特定病情下的不舒适因素，针对此因素制定相应的护理措施，提高舒适度，减轻患者的痛苦，从而达到舒适护理的目的。宁云凤用 Kolcaba 简化舒适状况量表测评 59 例肾活体组织检查术后 6 小时、12 小时、24 小时的舒适状况，研究结果表明：肾活体组织检查术患者 24 小时内为中高度舒适，随着时间的延长舒适度逐渐提高；肾活体组织检查术后 24 小时内患者生理维度平均得分最低，有腰酸和疲倦感，对陪护有需求。通过舒适量表的评估，了解了患者不舒适的因素，从而实施针对性的护理措施。经过临床实践研究表明可以从以下 5 方面提供舒适护理：①环境舒适：是重要的护理活动，特别对住院患者，适宜的声响、光线、气味、温湿度能提高环境舒适度。②心理、社会舒适：住院患者有需求安全、被关心、被尊重、归属感和获取信息等心理需求。③症状的舒适护理：化疗呕吐症状的舒适护理，疼

痛的舒适护理。④护理操作的舒适：静脉输液的舒适，吸氧的舒适。⑤整体性舒适护理。通过综合性舒适护理，为患者解除生理、心理、社会、精神等方面的不舒适，从而提高生活质量。

二、应用举例

我们以朱丽霞、高风莉等发表的文章“舒适状况量表的信效度测试研究”［中国实用护理杂志，2006，22（5）：57－59］为例，说明Kolcaba的舒适状况量表的临床应用。

（一）内容介绍

为了检测美国舒适护理专家Kolcaba研制的简化的舒适状况量表（GCQ）在中国文化背景下的适用性。研究者在第一阶段将量表翻译成中文后由5位护理专家对其进行内容效度的检验。第二阶段进行问卷调查，测试不同患者对各个项目用词的理解，强化GCQ量表的信效度，并应用简化GCQ检测胸外科术后48小时患者的舒适度。问卷分2期进行，首轮20例胸外科术后48小时的患者参与问卷测试，次轮123例。结果发现简化GCQ的内容效度CVI＝0.86，Cronbach's α值为0.92，各维度α值波动在0.53～0.85。胸外科术后48小时患者的舒适状况得分为（91.27±8.63）分（为中高度舒适），生理维度平均单项得分最低为（2.50±0.47）分，心理精神维度平均单项得分最高为（3.26±0.35）分。作者得出结论Kolcaba简化的GCQ量表适合在我国使用，但其信度和效度有待进一步研究给予全面肯定。

（二）应用解析

朱丽霞等组织专家小组对GCQ进行表面效度和内容效度的评价，由于本研究只针对国内胸外科术后48小时内患者的舒适状况进行测量，去掉了一个条目（“我现在有便秘”），添加了一个条目（“咳嗽时疼痛难以忍受”），对社会文化维度添加了两个条目（“医护人员不关心我的感受”、“希望家属多陪伴我”）。添加后共30个条目，最低分数是30分，最高是120分，分数越高说明越舒适。总分≤60分为低度舒适，60～90分为中度舒适，＞90分为高度舒适。然后进行问卷调查。结果表明：GCQ中译版的信效度较高，具有较好的内部一致性，能较好反映患者的舒适状况，证实西方研究者所使用的测量方法是可以借鉴的。此量表可使用于外科术后患者舒适状况的研究，对内科疾病患者可考虑在生理维度中保留“我现在有便秘”条目，去掉“咳嗽时疼痛难以忍受”条目，其余内容可相同。其信度和效度有待进一步研究给予肯定。

本研究针对的是胸外科手术后患者，具有一定的局限性，据Kolcaba报道，GCQ可适用于各种人群，研究者在以后的研究中应扩大研究对象的范围，进一步证实GCQ在中国文化背景下的适用性。

第十七节　疼痛评估量表

疼痛是一种复杂的、主观的感受，是临床最常见的症状之一，也是近年来非常受重视的一个临床问题。2001年国际疼痛协会（International Association for the Study of Pain，IASP）对疼痛的定义是：疼痛是一种令人不快的感觉和情绪上的感受，伴随有现存的和潜在的组织损伤。在临床工作中，疼痛已成为继体温、脉搏、呼吸、血压四大生命体征之后的第五生命体征，日益受到重视。疼痛治疗的恰当性和普及性是目前临床上常被探讨的问题，而疼痛的评估则是疼痛治疗的第一步，并贯穿于疼痛治疗的始终。如何选择有效的镇痛措施

来治疗疼痛，则需要以主动、客观和持续的疼痛评估为基础。选择一种简单易行的评估工具是正确评估疼痛的前提。本节将介绍几种常用的疼痛评估量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 直观模拟评分表（Visual Analogue Scale，VAS）

VAS 是各种痛觉评分法中最敏感的方法。在一条直线（约 10cm）的两端分别用文字注明“不痛”和“剧痛”，让患者根据自己的痛觉在线上标记出疼痛程度，见图 2－17－1。刻度较为抽象，标记线时需要必要的感觉、运动和知觉能力，老年人的不成功应答率较高。因此，VAS 不适合于文化程度较低或认知损害者。它经常被应用于调查研究，较少应用于临床。

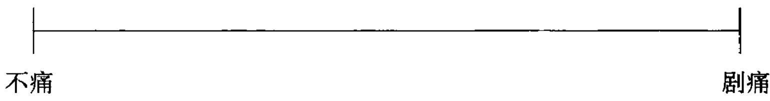


图 2－17－1　直观模拟评分表（VAS）

2. 数字评定量表（Numeric Rating Scale，NRS）

NRS 是应用范围最广的单维度评估量表。将一条直线平均分成 10 份，在每个点用数字 0～10 分表示疼痛依次加重的程度，0 分为无痛，10 分为剧痛，由患者给自己打分，见图 2－17－2。大部分患者甚至老年人都可以用这个量表，此方法在国际上也较为通用。

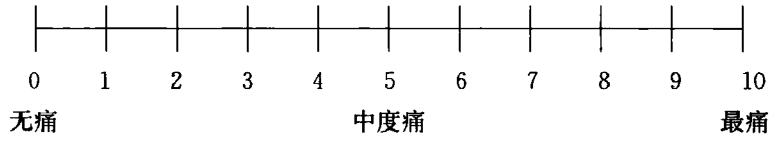


图 2－17－2　数字评定量表（NRS）

3. 直观性疼痛量表

该疼痛量表为患者提供了一种简单的，用文字和视觉描述来评定疼痛程度的方法。包括言语描述疼痛量表和 Wong-Baker 面部表情疼痛量表。

（1）言语描述疼痛量表（Verbal Rating Scale，VRS）：VRS 是最早应用于疼痛研究的量表。最轻度疼痛的描述常被评为 0 分，以后每级增加 1 分，使每个级别都有相应的评分标准，便于定量分析疼痛。

VRS－4：①无疼痛。②轻微疼痛。③中等度疼痛。④剧烈疼痛。无疼痛为 0 分，每级增加 1 分。此方法简便，患者容易理解，但不精确，不适合临床科研。

VRS－5：①轻微疼痛。②引起不适感疼痛。③具有窘迫感的疼痛。④严重疼痛。⑤剧烈疼痛。轻微疼痛为 0 分，每级增加 1 分。

VRS：该量表每个分级都有对疼痛程度的描述，见图 2－17－3。0 分表示无痛；1 分表示轻度疼痛，可忍受，能正常生活睡眠；2 分表示中度疼痛，适当影响睡眠，需用止痛药；3 分表示重度疼痛，影响睡眠，需用麻醉止痛剂；4 分表示疼痛剧烈，影响睡眠较重，并有

其他症状；5 分表示无法忍受，严重影响睡眠，并有其他症状。它容易被患者理解，但精确度不够，有时患者很难找出与自己的疼痛程度相对应的评分，从而不能满足疼痛管理和治疗随访的要求。

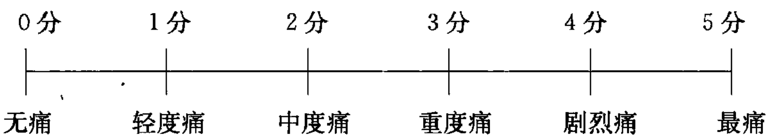


图 2－17－3　言语描述疼痛量表（VRS）

（2）Wong-Baker 面部表情疼痛量表：见图 2－17－4，该方法用 6 种面部表情从微笑至哭泣来表达疼痛程度，最适用于 3 岁及以上人群，没有特定的文化背景和性别要求，容易掌握，不需要任何附加设备。特别适用于急性疼痛者、老人、小儿、表达能力丧失者。

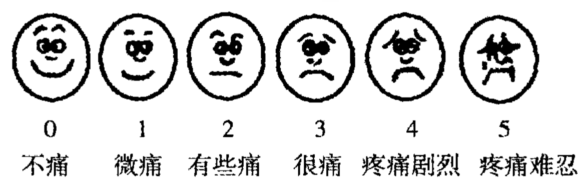
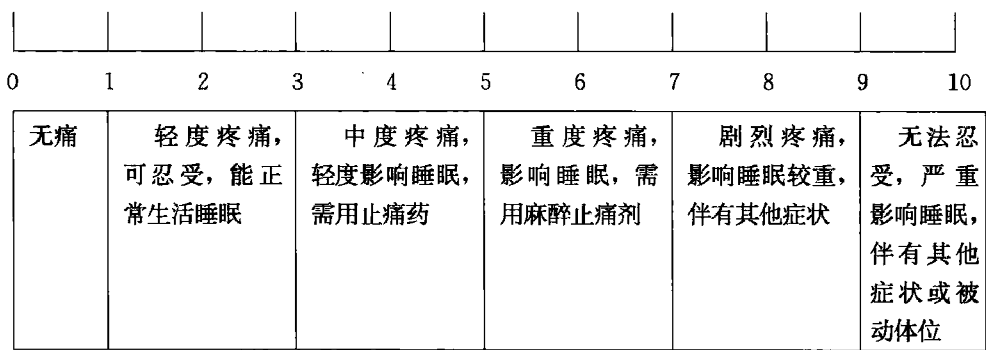


图 2－17－4　Wong-Baker 面部表情疼痛量表

4. 长海痛尺

长海痛尺是将 NRS 和 VRS 相结合，用 VRS 对 NRS 的刻度进行解释、限定，综合利用上述两者的优点，既有比较精确的 0～10 的刻度来评分，又有患者易于理解的文字描述，护士对患者进行宣教也相对较容易，从而保证了评估结果不会出现较大偏差，见图 2－17－5。

对于无力指示量尺上数字的患者，可利用其眨眼的动作来帮助评估疼痛。另外还可以利用患者拇指和示指之间张开的角度来表示自身的疼痛，两个手指张开角度越大，表示痛觉强度越高。



无痛	轻度疼痛，可忍受，能正常生活睡眠	中度疼痛，轻度影响睡眠，需用止痛药	重度疼痛，影响睡眠，需用麻醉止痛剂	剧烈疼痛，影响睡眠较重，伴有其他症状	无法忍受，严重影响睡眠，伴有其他症状或被动体位

图 2－17－5　长海痛尺

5. 五指法

即伸出手掌，大拇指代表剧痛，小拇指代表不痛，示指代表重度痛，中指代表中度痛，无名指代表轻度痛。临床儿童患者在疼痛状态下很难耐心听取护士的详细解释，而儿童的感

性认识的启蒙教育从手指开始，他们对五指熟悉易于接受。张菊英等采用五指法对5岁左右的儿童进行疼痛评估，发现五指法在患儿中的首选率最高，评估费时少，准确率高。

6. 六点行为评分法

以疼痛对其行为的影响表达疼痛强度。按每级1分，从0分无疼痛到5分剧烈疼痛无法从事正常工作和学习共6个级别（0～5分）；也有将无疼痛计为1分的6个级别评定计分方法（1～6分）。6个级别的表述：①无疼痛。②有疼痛但容易忽视。③有疼痛，无法忽视，不干扰日常工作。④有疼痛，无法忽视，干扰注意力。⑤有疼痛，无法忽视，所有日常工作都受影响，但生活能基本自理。⑥剧烈疼痛，需休息或卧床休息。此方法多用于头痛的定量测定，也用于对疼痛患者的对比研究。用疼痛对行为的影响来表达疼痛强度，贴近患者的生活，有一定的客观性，便于理解，也适合于出院后随访。

7. 老年痴呆晚期疼痛评估量表

老年痴呆晚期疼痛评估量表（Pain Assessment In Advanced Dementia Scale，PAINAD）由美国老人科医护人员设计，融合了老年痴呆症不舒适量表与评估婴儿疼痛姿势的行为量表。该评估量表包括5项指标：呼吸、负性发声、面部表情、形体语言、可安慰程度。每项指标中根据行为症状设分值为0分、1分、2分，最高分是10分。分值从0～10分，表示从无痛到剧痛，分值越高表示疼痛强度越大，见表2-17-1。PAINAD一般用于评估不能进行沟通的不舒适患者。

表2-17-1　　老年痴呆晚期疼痛评估量表

临床表现	0分	1分	2分
呼吸	正常	偶尔呼吸费力或长时间过度通气或短时间过度通气	睡眠呼吸暂停综合征
负性发声	没有	偶尔小声呻吟	大声呻吟、喊叫
面部表情	微笑或无表情	悲哀、紧张、皱眉	痛苦表情
形体语言	放松	紧张、坐立不安	握拳、攻击他人
可安慰程度	无需安慰	可安抚的	不能安抚的

8. 术后疼痛评分法（Prince-Henry评分法）

该方法分为5级，分别为0～4分，主要用于胸腹部手术后疼痛的测量，分值越高疼痛强度越大。也可用于镇痛效果观察：0～1分为优，2分为良，3分为有效，4分为无效，见表2-17-2。

表2-17-2　　术后疼痛评分法

分值	描　述
0	咳嗽时无疼痛
1	咳嗽时有疼痛
2	安静时无疼痛，深呼吸时有疼痛
3	安静状态下有较轻疼痛，可以忍受
4	安静状态下有剧烈疼痛，难以忍受

9. 体表面积评分法

此法由 Ransford 等人提出，又被称为 45 区人体评分法（45 Body Areas Rating Scale，BARS-45）。疼痛的范围及其变化是疼痛定量分析的重要内容，BARS 既能表示疼痛的范围，又能表示疼痛的程度，见图 2-17-6 及表 2-17-3。

评分方法：①疼痛区域记分与百分比计算：把人体表面分成 45 个区域，每个区域内标有该区号码。人体前面分为 22 个区，背面分为 23 个区。每个区不论大小均为 1 分。患者将自己的疼痛部位在图中标出，用笔涂盖。即便只涂盖了一个区的一小部分也评为 1 分。通过这些疼痛区，可计算患者疼痛占体表面积的百分比。②强度评定：对于疼痛强度的评定，患者可用不同彩色来表示：无色表示无痛，黄色表示轻度痛，红色表示中度疼痛，黑色表示重度疼痛。也可用其他颜色或者用不同符号“+，++，+++，++++”同样表示疼痛强度。

应用：此评分法由人体正、反两面直观图组成，因而可以应用于那些有交流障碍的患者，直接提供患者较为准确的疼痛位置和范围。此法在临床上用于急、慢性颈腰背痛和四肢痛，可作为临床诊断、制定治疗计划和疗效比较的方法。

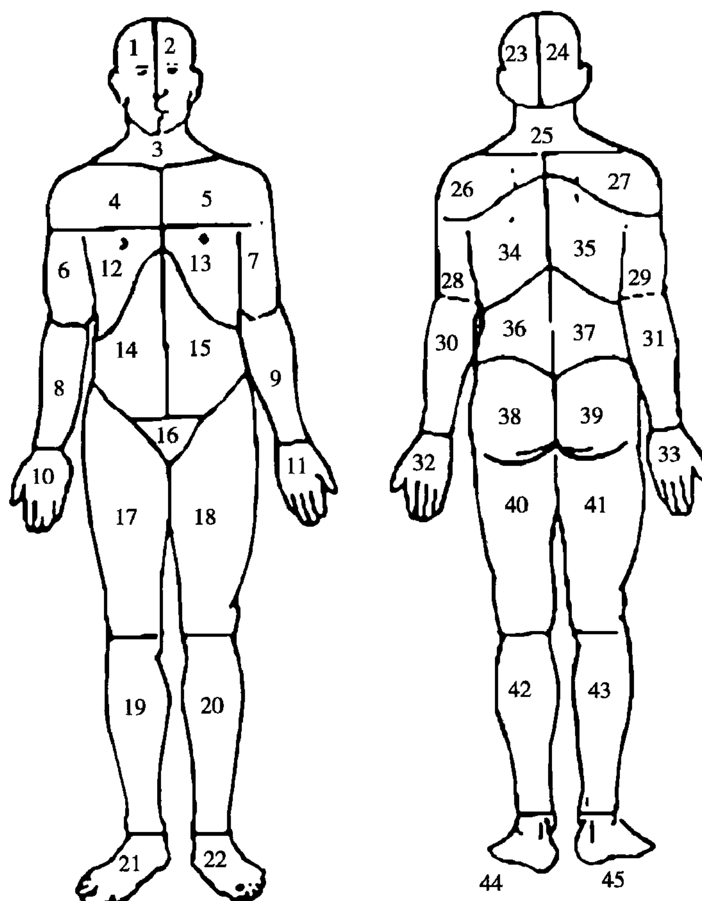


图 2-17-6　人体表面积评分分布图

表 2-17-3　疼痛躯体表面积的百分比

疼痛区号码	各占体表面积百分比
25，26，27	0.5
4，5，16	1.0
3，8，9，10，11，30，31，32，33	1.5
1，2，21，22，23，24，44，45	1.75
6，7，12，13，28，29，36，37	2.0
38，39	2.5
14，15	3.0
19，20，42，43	3.5
34，35	4.0
17，18，40，41	4.75

10. McGill 疼痛问卷

又称麦吉疼痛问卷（McGill Pain Questionnaire，MPQ）、麦吉尔疼痛调查表，为最经典的疼痛问卷，见表 2-17-4。此问卷由 Melzack 于 1975 年提出，共含有 4 类 20 组疼痛描述词，每组词按疼痛的程度递增的顺序排列，其中，1～10 组为感觉类（sensory，S），11～15 组为情感类（affective，A），16 组为评价类（evaluation，E），17～20 组为其他相关类（miscellaneous，M）。被测者在每一组词中选一个与自己痛觉程度相同的词（没有合适的可以不选）。

MPQ 评估方法：包含 3 种评定方法。

（1）疼痛评定指数（Pain Rating Index，PRI）：所选中的词在亚小组的次序数的总和，称为 PRI，目前这种方法使用较多。

计算方法：①亚小组评级：每个词汇小组中患者选择的词的序数除以该小组词的个数，如选择的第 1 组第 3 个词，该组有 6 个词，3/6=0.5。②亚组总分：各亚组中亚小组评级之和，分别计算感觉（1～10 组）、情感（11～15 组）、评价（16 组），其他相关（17～20）亚组总分。③小组 PRI：用亚组总分除以亚组的组个数，如计算的感觉亚组总分为 3.25，感觉组的个数为 10，则感觉小组的 PRI 为 3.25/10=0.325，其他小组类推。④总评级：感觉、情感、评价、其他相关 4 个小组的 PRI 之和除以 4。

（2）选出词的总和。

（3）现实疼痛的强度（Psychological Pain Intensitly，PPI）：采用 6 级 NRS 评定当时患者全身总的疼痛强度，包括：0 为无痛，1 为轻微痛，2 为疼痛不适，3 为痛苦，4 为可怕痛，5 为极度痛。

应用：McGill 疼痛问卷由于不仅仅局限在疼痛强度的单一评估，而是多方面多角度的评估疼痛问题，在众多的急性和慢性疼痛实验研究和临床上应用广泛。但是 MPQ 中没有一个词对任何一种症状具有特殊的含义，对诊断没有特异性帮助，在临床应用中具有一定的局限性。MPQ 不适合用于癌痛患者治疗效果的评价。

表 2-17-4　　**McGill 疼痛问卷**

姓名__________日期__________时间__________上午/下午

PRI：S________ A________ E________ M________ PRI（T）*________ T*________

（1～10）　（11～15）　（16）　（17～20）　（1～20）

1	时发时缓	11	疲惫
	时剧时轻		衰竭
	搏动性痛	12	令人作呕
	跳痛		窒息感
	鞭打痛	13	可怕的
	重击痛		惊恐的
2	一跳而过		恐怖的
	闪发性痛	14	惩罚的
	弹射性痛		折磨人的
3	针刺痛		残酷的
	钻痛		狠毒的
	锥刺痛		置人死地的
	戳痛	15	沮丧的
	撕裂痛		不知所措
4	锐利痛	16	烦扰的
	切割痛		恼人的
	撕裂痛		悲伤的
5	拧捏痛		严重的
	掀压痛		难忍的
	咬样痛	17	扩散的
	夹痛		放射的
	压榨痛		穿透的
6	牵引痛		刺骨的
	拉扯痛	18	紧束的
	扭痛		麻木感
7	热辣痛		抽吸感
	烧痛		挤压感
	灼烫痛		切割感
	烧烙痛	19	发凉
8	麻痛		发冷
	痒痛		僵冷
	针刺痛	20	使人不宁
	螫痛		令人厌恶
9	钝痛		极度痛苦
	疮疡痛		骇人的
	伤痛		受刑似的
	酸痛	PPI	0 无痛
	猛烈痛		1 轻微
10	触痛		2 不适
	绷紧痛		3 痛苦
	擦痛		4 可怕
	割裂痛		5 极度

续表

短　暂	节律性	持续性
片　刻	周期性	稳定性
瞬　变	间歇性	经常性

注：(T)*：表示（1～20）的 PRI 的总分。

T*：表示（1～20）的 PRI 的总分＋表中 PPI 的分数。

11. 简化 McGill 疼痛问卷（SF-MPQ）

该问卷包括 3 部分：①疼痛分级指数（PRI），由 11 个感觉类和 4 个情感类对疼痛的描述词组成。所有描述词均用 0～3 表示“无痛”、“轻度痛”、“中度痛”和“重度痛”。②目测类比定级法（VAS），为一条 100mm 长的直线，两端分别示以无痛、剧痛，划定某一线段长度即表示疼痛程度。③现有疼痛强度（PPI），分无痛、轻度不适、不适、难受、可怕的疼痛、极为痛苦 6 级，分别以 0、1、2、3、4、5 分表示。SF-MPQ 缩减为 15 组词汇，并增加了视觉模拟量表（VAS）内容，实用性大大提高，见表 2－17－5。

使用方法：量表测试前，应向检查对象说明填表目的，评第 1 项时，根据患者回答的疼痛程度在相应级别作记号。评第 2 项时，图中线段长为 10cm，并按毫米定出刻度，让患者用笔根据自己疼痛感受在线段上标明相应的点。评第 3 项时，根据患者主观感受在相应分值上做记号。最后对 PRI、VAS、PPI 进行总评，分数越高，疼痛越重。

应用：简化 MPQ 评分简便，仅需 5 分钟左右。PRI 词与程度分级相结合，既可反映疼痛性质，又能定量描述疼痛程度。VAS 可精确测量到 1mm，即可把疼痛程度分为 100 个等级，具有足够的灵敏度，且让患者自画线段又避免了暗示。PRI、VAS、PPI 一并使用是有效可行的，其指标均为定量，便于计算机处理，又为临床疼痛研究提供了方便。

表 2－17－5　　简化 McGill 疼痛问卷表

1. 疼痛分级指数 PRI

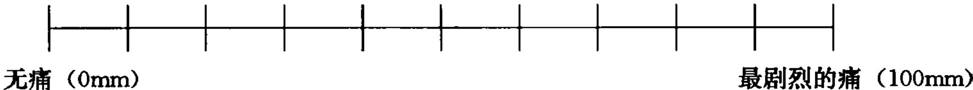
	无痛	轻微痛	中度痛	重度痛
感觉评分				
跳痛	0	1	2	3
刺痛	0	1	2	3
刀割样痛	0	1	2	3
锐痛	0	1	2	3
痉挛牵扯痛	0	1	2	3
绞痛	0	1	2	3
热灼痛	0	1	2	3
持续固定痛	0	1	2	3
胀痛	0	1	2	3
触痛	0	1	2	3
撕裂痛	0	1	2	3

续表

	无痛	轻微痛	中度痛	重度痛
情感评分				
软弱无力	0	1	2	3
厌烦	0	1	2	3
恐惧	0	1	2	3
受罪、惩罚感	0	1	2	3

计分：感觉评分（　　）　情感评分（　　）　总分（　　）

2. 目测类比定级法 VAS



无痛（0mm）　　　　　　　　　　　　　　　　　最剧烈的痛（100mm）

3. 现有疼痛强度 PPI

0	无痛
1	微痛
2	疼痛不适
3	痛苦
4	可怕
5	极度痛

（二）适用范围及对象

据研究表明，词语描述量表（the Verbal Descriptor Scale，VDS）即言语描述疼痛量表（VRS）和数字评定量表（the Numeric Rating Scale，NRS）由于使用简单，便于理解，对于老年人是较好的选择。面部表情疼痛量表（the Faces Pain Scale，FPS）不要求读写或表达能力，对语言和表达能力有障碍的老年人及儿童特别有用。其余量表的适用范围在量表介绍中均已说明。

（三）临床应用

1. 评估疼痛程度，指导临床运用止痛药物

在临床上通过疼痛量表对患者的疼痛程度进行评估，更加准确的了解疼痛的级别，从而指导护理工作和合理运用疼痛 3 阶梯疗法。谭婉儿、张国萍等人应用 Wong-Baker 面部表情量表对 160 例涉及口腔内切口手术后患者进行疼痛评估，与患者主观感受表达对比，结果按 Wong-Baker 量表分级病例数与患者主观感受分级结果相仿，无显著性差异。然后依据量表结果做出相应处理，对 1～2 级疼痛患者侧重心理治疗，多与患者交流沟通，消除其心理负担，协助摆舒适体位，必要时予冷敷、按摩等以分散其注意力，提高痛阈；对 3 级疼痛患者，除心理治疗外，予颅痛定 30～60mg 肌内注射，从面部表情观察其疼痛减轻了；对 4～5 级患者除心理护理外，给予曲马多 100mg 肌内注射；对 5 级疼痛者予美施康定 30mg 口服，并加用地西泮 10mg 肌内注射，患者疼痛得到控制，面部表情量表分级降低。说明 Wong-Baker 面部表情量表在口腔科术后疼痛评估中具有值得肯定的应用价值。

2. 研究比较疼痛评估方法的适用性

疼痛评估量表很多，但是每一种量表有其特异性，不同的人不同的病情会适应不同的量表，所以在特定情况下要有针对性的选用合适的量表才能准确的了解患者的疼痛程度，而如何选择量表就需要大家的研究探讨，各种量表也就成为研究的工具。

吕晨、邹建玲等的研究表明在对患者进行术后疼痛评定时 VRS 和 VAS 具有良好的相关性，而 VRS 更适用于文化程度低和抽象概念理解有困难的患者，如老人。彭美慈、锺佩雯等探讨研究中文版晚期老年痴呆症疼痛评估量表（C-PAINAD）在中国应用的可行性。结果表明：C-PAINAD 能够可靠并有效地评估晚期老年痴呆症患者的疼痛程度。因为 C-PAINAD 方便易用，项目不多，词汇浅显，评分及计分方法简单易学，有助于医护人员准确评估患者的疼痛程度，从而进行有针对性的护理。同时建议在进行进一步信度及效度分析研究时，可给予止痛药进行前后对照比较，以确定 C-PAINAD 在临床及研究上的应用价值。

二、应用举例

以刘珏、李瑞英、李慧发表的文章“5 种疼痛强度评估量表在血管外科患者中的易用性比较”[护理研究，2009，23（10）：2764－2767] 为例说明各种疼痛评估量表的临床应用。

（一）内容介绍

为了选择适合血管外科患者的量表并提供客观依据，刘珏等采用便利取样的方法对北京市三级甲等医院血管外科病区 102 例住院患者用视觉模拟量表（VAS）、词语描述量表（VRS－4）、数字评定量表（NRS）、Wong-Baker 面部表情疼痛量表（FPS-R）和长海痛尺评估患者现有疼痛或 3 天内记忆中最深刻的 1 次疼痛强度。结果发现 FPS2R 是血管外科患者中首选率最高（58.8 %）、最直观易懂（73.5 %）及最准确具体（52.0 %）的量表；FPS-R、VRS 是成功应答人数最高（101 例、94 例）及解释次数最少（1.05±0.2）次、（1.10±0.3）次的量表，较其他 3 种量表具有统计学意义（$P<0.01$）；仅 FPS-R 的成功应答率和解释次数在不同年龄、性别及文化程度患者中无差异，不具统计学意义（$P>0.05$）；5 种量表疼痛评分的 Spearman 相关系数为 0.79～0.93。说明 5 种疼痛评估量表均可用于血管外科患者的疼痛强度评估，但 FPS-R 是最合适的量表。

（二）应用解析

该文是一篇比较多种疼痛评估量表在血管外科患者评定情况的文献。研究显示：FPS-R、VRS 是应答成功人数最高、解释次数最少的量表。这两种量表简单，易于理解，故应答错误率低。NRS 的不成功应答最高，因 NRS 刻度较为抽象，患者有时找不到与自己疼痛对应的分值，且在临床工作中向患者解释 NRS 的使用方法比较困难。虽然 VAS 是应用最广泛的单维测量工具，但需要抽象思维，用笔标记线时需要必要的感觉、运动及知觉能力，应用于老年人及文化程度较低者时不成功应答率较高。长海痛尺的文字内容较多，调查实施者解释到最后时患者容易忘记前面已解释的内容，故需解释几遍方可做出选择。由此可见，5 种量表均可用于疼痛强度的评估，综合考虑主观指标可知 FPS-R 是血管外科患者最合适的量表。

疼痛评估方法很多，本节只介绍了几种常用的方法，以及体表面积评分法、McGill 疼痛问卷等较复杂的方法。每种量表都有优点和缺点，都有局限的适应范围，所以在评估时要选择合适的量表，才能尽量准确的了解患者的情况，但是没有一个量表可以将疼痛程度量

化，评估结果仍然包含患者和评估者的主观意识。所以我们不能止步于现有的疼痛评估量表，应积极研究开发更能反应疼痛级别的量表。

参考文献

1 Orley J. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Springer Verlag Berlin Heideberg, 1994

2 World Health Organization. WHOQOL user manual. Geneva: WHO, 1998

3 方积乾. 生存质量测定方法及应用. 北京：北京医科大学出版社，2000

4 方积乾，李彩霞，郝元涛，等. 世界卫生组织生存质量量表（WHOQOL-100）中国版的制定. 统计与预测，1998，(增刊)：40-41

5 郝元涛，方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明. 现代康复，2000，4（8）：1127-1129，1145

6 梁执群，薛云珍，白瑞，等. 生存质量表评价2型糖尿病患者的信度、效度. 中国公共卫生，2005，21：134-135

7 陆敏强，蔡常洁，华学锋，等. 肝移植术改善良性终末期肝病患者生存质量的初步研究. 中华肝胆外科杂志，2007，13（6）：376-377

8 周云. 齐拉西酮与舒必利对精神分裂症患者生活质量影响的对照研究. 现代中西医结合杂志，2009，18（33）：4100-4101

9 陈永琴，冉程，崔太秀. 综合护理干预对促进抑郁症患者康复的临床研究. 护理研究，2010，24（1）：16-19

10 Ware NK. Comparision of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the medical outcomes study. Med Care, 1995, 33: 264-279

11 Schipper H. Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. Oncology, 1990, 4: 51-57

12 WHO. The development of the WHO Quality of life Assessment Instrument. Geneva, 1993

13 李凌江，张亚林，杨德森，等. 社区人群生活质量研究Ⅱ——方法学及社区人群的总体生活质量. 中国心理卫生杂志，1995，9（4）：186-190

14 李凌江，郝伟，杨德森，等. 社区人群生活质量研究Ⅲ—— 生活质量问卷（QOLI）的编制. 中国心理卫生杂志，1995，9（5）：227-231

15 中国行为医学编辑委员会. 行为医学量表手册（光盘版）. 北京：中华电子音像出版社，2005

16 何资桥，曹中平. 湖南农村空巢老人生活质量及影响因素分析. 中国临床心理学杂志，2006，14（5）：532-534

17 王佩丹，林以环，解静. 综合性康复训练对住院精神分裂症患者生活质量的影响. 护理学报，2006，13（6）：44-45

18 张玲，潘润德，陈强，等. 认知行为和抗焦虑药治疗焦虑障碍的随机对照研究. 中国神经精神疾病杂志，2007，33（12）：758-760

19 吴雪，冯美丽，娄凤兰，等. 认知行为干预对维持性血液透析患者生活质量的影响. 中华护理杂志，2006，41（18）：715-717

20 陈万青. 2004-2005年中国恶性肿瘤发病与死亡的估计. 中华肿瘤杂志，2009，31（9）：664-668

21 贾亚平，金钰梅，沈泉梅，等. 中重型颅脑损伤患者出院1年后生活质量调查. 中华护理杂志，2008，43（10）：929-930

22 温一阳. 晚期非小细胞肺癌预后因素的临床研究. 重庆医科大学，2009

23 彭猛青，张茹茹，尤传文，等．早期应用吗啡缓释片对癌痛患者生存质量的影响．中国实用医药，2010，5（2）：35－36
24 李慧莉，席延荣．护理干预缓解肿瘤光动力治疗患者焦虑的效果研究．中华现代护理杂志，2009，15（24）：2378－2380
25 钱垠．低剂量PP方案合补肺汤治疗低KPS评分晚期非小细胞肺癌临床观察．中国中医药信息杂志，2004，11（10）：905
26 陈赛君．健康教育对结直肠癌术后患者生存质量的影响．中国实用护理杂志，2009，25（11）：46－47
27 IARC，World Health Organization. Boyle P，Levin B. World cancer report 2008. IARC Press，Lyon，France. 2008：350－356
28 万崇华，方积乾，张灿珍，等．肝癌患者生命质量测定量表的制定与考评．中国行为医学科学，1998，7（3）：170－173
29 王艳滨，陈敏华，严昆，等．射频消融治疗原发性肝癌的生命质量对比评价．癌症，2005，24（7）：827－833
30 万崇华，罗家洪，杨铮，等．癌症患者生命质量的测定与应用．北京：科学出版社，2007
31 霍景山，张作记，王传运，等．综合性心理行为干预在中晚期肝癌治疗中的作用．中国行为医学科学，2002，11（6）：650－651
32 彭时辉，冯江，黄河浪，等．糖尿病的流行特点和相关影响因素研究概况．实用临床医学，2009，10（4）：136－138
33 朱丽霞，高风莉．舒适状况量表的信效度测试研究．中国实用护理杂志，2006，22（5）：57－59
34 姜节卫，周海房，胡惠芳．糖尿病患者生存质量影响因素及护理干预．护理研究，2008，22（7）：1541－1543
35 徐红云．初诊2型糖尿病患者生存质量调查（附120例报告）．医学新知杂志，2007，17（3）：183－185
36 卫绍钧，郭巍伟，梁执群，等．心理健康教育对2型糖尿病患者生存质量及糖代谢的作用．实用医技杂志，2008，15（10）：1236－1237
37 万德森．临床肿瘤学（第2版）．北京：科学出版社，2005
38 杨玲，李连弟，陈育德．中国肺癌死亡趋势分析及发病死亡的估计与预测．中国肺癌杂志，2005，8（4）：274－278
39 万崇华，张灿珍，宋元龙．肺癌患者生命质量测定研究概况．中国肿瘤，2001，10（2）：83－85
40 Aronson NK，Cull A，Keasa S，et al. The European organization for Research and Treatment of Cancer (EROTC) modular approach to quality of life assessment on oncology. Int J Ment Health，1994，23：75－96
41 王建平，Freedom L，林文娟，等．肺癌乳腺癌患者的生活质量及其相关因素分析．中国临床心理学杂志，2002，10（3）：176－178
42 李乐之，梁敉宁，邓露，等．肺癌患者疾病不确定感与生活质量的相关性研究．中华行为医学与脑科学杂志，2009，18（3）：235－237
43 廖志红，周凤琼，梁奕铨．生活质量是评价糖尿病治疗的重要指标．中国糖尿病杂志．2000，8（5）：304－305
44 Dey J，Shepherd MD. Evaluation and treatment of erectile dysfunction in men with diabetes mellitus. Mayo Clin Pric，2002，3：276－282
45 Bortolotti A，Fedele D，Chatenoud L，et al. Cigarette smoking：a risk factor for erectile dysfunction in diabetics. Eer Urol，2001，40，392－396
46 丁元林，孔丹莉，倪宗瓒，等．糖尿病特异性生存质量量表的文化调试与修订．中国行为医学科学，2004，13（1）：102－103

47 陈爱腾，苏安青，白会云. 2型糖尿病患者生存质量影响因素分析. 中国社区医师，2009，11 (19)：38
48 Jemal A，Murray T，Ward E，ea al. Cancer statistics. Cancer J Clin，2005，55：10-30
49 Cella DF，Tulsky DS，Gray G，et al. The functional assessment of cancer therapy scale：Development and validation of the general measure. Journal of Clinical Oncology，1993，11 (3)：570-579
50 Brade MJ，Cella DF，Mo F，et al. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-Breast quality-of life instrument. Journal of Clinical Oncology，1997，15 (3)：974-986
51 万崇华，张冬梅，汤学良，等. 乳腺癌患者生命质量测定量表 FACT-B 中文版介绍. 中国肿瘤，2002，11 (6)：318-320
52 Ohsumi S，Shimozuma K，Morita S，et al. Factors associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors：influence of the type of surgery. J Clin Oncol，2009，39 (8)：491-496
53 于轶群，卢雪洁，柳琼，等. 不同手术方式对早期乳腺癌患者生活质量的影响研究. 护理研究，2008，22 (1)：52-53
54 Sprangers MA，Groenvold M，Arraras JI，et al. The European organization for Research and Treatment of Cancer-specific quality-of-life questionnaire module：first result from a three-country field study. J Clin Oncol，1996，14 (10)：2756-2768
55 蔡乐，万崇华，汤学良，等. 乳腺癌患者生命质量测定量表中文版的制定与考评. 中国行为医学科学，2004，13 (5)：592-594
56 万崇华，杨铮，孟琼，等. 乳腺癌患者生命质量测定量表 QLQ-BR53 中文版的应用评价. 肿瘤，2006，26 (2)：184-186
57 闫春梅，王慧琳，王建平，等. 不同手术方式对早期乳腺癌患者生活质量的影响. 护理研究，2007，21 (32)：2937-2939
58 王梅芳，李小妹. 乳腺癌化疗患者癌性疲乏、应对方式与生活质量的相关性. 中国心理卫生杂志，2009，23 (11)：776-779，789
59 Salonen P，Tarkka MT，Kellokumpu-Lehtinen PL，et al. Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. Cancer Nurs. 2009，32 (3)：177-190，191-192
60 Rector TS，Kubo S，Cohn JN. Patients'self-assessment of their congestive heart failure. Heart Failure，1987，3：198-209
61 Rector TS，Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire：reliability and validity during a randomized，double-blind，placebo-controlled trial of pimobendan. Am Heart Jrnl，1992，124：1017-1025
62 朱燕波，折笠秀树，郑洁，等. 心功能不全 QOL 量表中文译本信度效度的初步评价. 中国行为医学科学，2004，13 (3)：337-339
63 Nacca RG，Caliendo A，Simonelli R，et al. Quality of life in patients with combined treatments for heart failure. G Ital Nefrol，2006，23 (Suppl 34)：S77-S82
64 阮小芬，蒋梅先，徐燕，等. 加用中药坎离煎对慢性心力衰竭患者活动耐量、生活质量及心力衰竭加重次数的影响. 中医杂志，2006，47 (7)：505-508
65 刘庚，李菀. 慢性心力衰竭患者生活质量与社会支持的相关性研究. 护理管理杂志，2009，9 (10)：10-12
66 林琳，朱燕波，杜金行，等. 慢性心力衰竭患者生命质量测评的现状. 中国组织工程研究与临床康复，2008，12 (5)：971-974
67 Jones PW，Quirk FH，Baveyslock CM，et al. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. Am Rev Respir Dis，1992，145 (6)：1321-1327

68 Jones PW, Quirk FH, Baveyslock CM. The St. George'S Respiratory Questionnaire. Respir Med, 1991, 85 (Suppl B): 25-31

69 陆慰萱，张一杰，胡波，等. 应用 St. George'S 呼吸问卷评价我国慢性阻塞性肺疾病患者生活质量的价值. 中华结核和呼吸杂志，2003，26 (4)：195-198

70 徐鸥，郝青林，李锐洁，等. 圣乔治呼吸问卷对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量差异的调查. 昆明医学院学报，2008，29 (3)：71-75

71 李喆，杨密，朱应群，等. 沙美特罗氟替卡松粉吸入剂联合 BiPAP 呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效观察. 中国生化药物杂志，2010，31 (1)：50-52

72 Almagro P, Calbo E, Ochoa DE, et al. Mortality after hospitalization for COPD. Chest, 2002, 121: 1441-1448

73 张炼，张国林，林少姗，等. 健康教育对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响. 中华流行病学杂志，2005，26 (10)：808-810

74 王拥军. 卒中单元. 北京：科学技术出版社，2004

75 Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke background and studyprotocol. Stroke, 1985, 16: 885

76 全国第四次脑血管病学术会议 (1995). 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准. 中华神经科杂志，1996，29 (6)：381

77 王新，王拥军，颜振瀛，等. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准的信度和效度研究. 卒中与神经疾病，1999，6 (3)：148-150

78 藩小平，尹平，何方红. 氟西汀对脑梗死后抑郁及神经功能康复影响的研究. 中国神经精神疾病杂志，2000，26 (4)：244-245

79 王金良，谭峰，丁德权，等. 电针结合早期康复治疗对脑梗死患者 CD11b、CD18 和 TNF-α 表达水平及神经功能恢复的影响. 中华神经病学杂志，2009，8 (6)：569-573，577

80 吴军，湛彦强，张金平，等. 先发短暂性脑缺血发作对后继脑梗死的影响. 首都医科大学学报，2009，30 (6)：858-861

81 Bamford JM, Sandercock PAG, Warlow CP, et al. Interoberver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke, 1989, 20: 828

82 Cheung RT, Zou LY. Use of the original, modified, or new intracerebral hemorrhage score to predict mortality and morbidity after intracerebral hemorrhage. Stroke, 2003, 34: 1717-1722

83 Castellanos M, Leira R, Tejada J, et al. Predictors of good outcome in medium to large spontaneous supratentorial intracerebral haemorrhages. J Neural Neurosurg Psychiatry, 2005, 76: 691-695

84 柯将琼，王小同，黄健康，等. 体感诱发电位和改良脑出血量表在脑出血患者肢体运动功能预测中的应用. 中华物理医学与康复杂志，2010，32 (6)：439-441

85 尹学红，李静，高静梅，等. 卒中单元护理模式对卒中后抑郁患者疗效的影响. 中国卒中杂志，2010，5 (5)：384-387

86 张子明，李惠兰. 中风临床与康复. 北京：华夏出版社，2007

87 蔡业峰，贾真，李伟峰，等. 中文版 Barthel 指数对多中心测评缺血性卒中患者预后的研究. 中国脑血管病杂志，2007，4 (11)：486-490

88 Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 1965, 14: 56-61

89 Collin C, Wade DT, Davies S, et al. The Barthel ADL Index: a reliability study. International Disability Studies, 1988, 10 (2): 61-63

90 Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation.

Journal of Clinical Epidemiology，1989，42（8）：703-709

91 Leung SO，Chan CC，Shah S. Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index—validity and reliability. Clin Rehabil，2007，21（10）：912-922

92 李奎成，唐丹，刘晓艳，等. 国内 Barthel 指数和改良 Barthel 指数应用的回顾性研究. 中国康复医学杂志，2009，24（8）：737-740

93 闵瑜. 改良 Barthel 指数（简体中文版）评定脑卒中患者的效度和信度研究. 中山大学，2006

94 李剑，袁文斌，冉春风，等. 进行脑卒中患者早期康复的临床研究. 中国神经精神疾病杂志，2005，31（2）：144-145

95 李小金，黄少华，等. 跌倒危险因素评估的应用研究. 中国护理管理，2009，9（8）：60-61

96 周君桂，李亚洁，等. 临床护士应用 Morse 跌倒评估量表情况分析. 护理学杂志，2010，25（10）：11-13

97 夏文君. 住院患者跌倒危险因素评估量表的设计与应用. 护理管理杂志，2009，9（11）：54-55

98 王梅，陈永惠. 跌倒风险评估制度在住院患者中的应用. 安徽医学，2010，31（7）：831-832

99 René S，Koen M，Hugo B，et al. Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting. Journal of Gerontological Nursing，2006，32（3）：13-22

100 刘联琦，周平. 精神分裂症患者服用不同抗精神病药物的主观舒适度 200 例调查分析. 中国民康医学，2006，18（10）：778-779

101 Kolcaba k Holistic comfort：operationalizing the construct as an ursesensitive outcome. Advanced Nursing Science，1992，15（1）：1-10

102 宁云凤、肾活检术后 24 小时内患者舒适状况的调查及分析. 护理与康复，2010，9（7）：561-562

103 张宏，朱光君. 舒适护理的理论与实践研究. 护士进修杂志，2001，16（6）：409-410

104 忽新刚，佘守章. 疼痛评估在 ICU 危重症患者中应用的新进展. 广东医学，2010，31（6）：665-668

105 霍孝蓉. 美国患儿疼痛评估的作法及启示. 护士进修杂志，1996，11（10）：24-25

106 李蕾，刘化侠. 认知功能障碍老年人疼痛评估的研究进展. 中华护理杂志，2006，41（11）：1035-1037

107 彭美慈、锺佩雯，等. 中文版晚期老年痴呆症疼痛评估量表的初步评价. 中华护理杂志，2007，42（8）：677-680

108 刘珏，李瑞英，李慧. 5 种疼痛强度评估量表在血管外科患者中的易用性比较. 护理研究，2009，23（10）：2764-2767

109 谭婉儿，张国萍，冼敏茜，等. Wong-Baker 面部表情量表在口腔科术后疼痛评估中的应用. 广东牙病防治，2001，9（3）：232-233

110 吕晨，邹建玲，沈淑华，等. 视觉模拟量表和语言评价量表用于术后疼痛评估的比较. 全科医学临床与教育，2004，2（4）：214-219

第三章　护理工作质量评价

护理质量关注护理人员在护理过程中表现出的专业形象是否具有其特性，是否有助于提高护理对象的生命质量以及护理工作的成效。护理质量管理是对护理服务对象的管理过程进行评价、判断，进行有效的质量控制并检查患者得到的护理效果的过程，即通过对护理质量评价来衡量护理工作目标完成的程度。目前，国内仍无一套完整成熟的质量管理体系。研究表明，超负荷的护理工作量与护理质量呈正相关，护理人员编制不合理已经成为影响我国护理质量的重要因素之一；另护理病历质量、平均住院日水平也在一定层面上反映了护理质量的高低。因此，以下我们将逐一介绍常见的护理工作量评价体系、护理病历评价体系以及平均住院日评价体系。

第一节　工时测定法

护理工作量是护理人力资源分配的重要依据，也是护理成本核算的基础。因此，如何科学、合理、有效地测量护理工作量越来越受到护理界的关注，如何准确便捷测量护理工作量是护理管理者值得研究的课题。而护理工作量的测量又是一个复杂而烦琐的过程，且受多种因素的制约与影响，现有的护理工作量测量方法多种多样，从描述性研究测量、用工业和工程管理的方法测量，发展到目前多使用实验操作性研究的方法进行测量，总的目标是推算出护理患者所需的护理时数，但各种方法都有其局限性。目前国内外研究中尚无统一的、公认的、可以准确反映护理工作量的测量方法。

工时测定法源于美国科学管理（Scientific Management）之父 F. W. Taylor 对工业领域动作时间的标准化测定，即动作时间测定法（Time Motion Study）。工时测量法是我国目前医院最常用的一种测量方法。通过文献查阅发现，目前我国已有大量关于医院护理工时测量的研究，但测量的方法多种多样，对直接和间接护理项目的界定也有很大差异：1980 年林菊英的研究确定了 31 项直接护理项目，2003 年成翼娟等的研究使直接护理项目增至 45 项，至 2007 年刘华平等的研究则为 64 项，说明随着护理学科的发展，医疗器械技术含量日益提高，护理工作量测量项目的内容也在不断变化。

一、评分介绍

（一）评分方法

我们以刘华平等 2007 年在“护理工时测量方法的研究”一文中所列出的间接护理项目（表 3－1－1）、直接护理项目（表 3－1－2）以及各个项目的平均工时的测定方法进行介绍。

刘华平等将临床护理工作根据是否与患者直接接触，可分为直接护理（Direct Patient Care）、间接护理（Indirect Patient Care）和机动时间 3 大部分。工时测定法的基本原则为测量各选定的直接或间接护理项目的平均操作耗时，用各项的平均时间乘以操作次数再与机

动时间相加即为总的护理工作量。工时测定项目主要在临床观察和各研究小组讨论的基础上定出，不同的医院根据具体情况可对表3-1-1和表3-1-2所列出的工时测定项目进行增加或删改。

在计算各项操作的平均时间时文章要求内科、外科、妇科、神经科、五官科等10个病房参加测定，直接护理项目随机选择在病房工作的护士（不包括护理员）进行操作，每项操作至少测定30次；间接护理时间则要求每个病房连续测1周（周一至周日）。文章所得的各个项目的平均时间可供借鉴使用，但在使用前需先抽取几项护理项目在具体医院进行测量，若测量结果与研究的测量值无显著性差异，即可采用此研究的测量值，若有显著性差异，则需重新测量。

相关概念与计算公式如下：

（1）工时测定：是指完成某一护理工作所需要的时间。

（2）工时单位：通常为“分”。

（3）工时单位值：是指每小时完成的工时单位。日常工作中最常见的工时单位为45分钟，即每小时内个人最有效的劳动效率时间为45分钟，以一天工作8小时为例，一天的理想的劳动时间为（45×8）/60=6小时。

（4）直接护理和间接护理：直接护理是指发生在患者存在空间的护理活动，包括基础护理、护理干预和治疗，与患者交流、给药、卫生、营养、排泄等有关的常规病情观察、标本采集，生命体征测量等。间接护理是指发生在远离患者存在空间的护理活动，包括护理干预、给药、治疗前的准备，与医生查房，听病情汇报，病区环境卫生的清洁工作，用物补给的核对，护理计划的拟订，交班小结的撰写，人员工休座谈会，电话回答，与患者来访者的交谈，等等。

（5）机动时间：不需测量的机动项目所占用的时间为机动时间；不需测量的机动项目包括：巡视患者、与患者和家属的沟通、联系工作、抢救患者、教学、心理护理、在职培训、病产事假等。考虑到护理工作随机性强，不同医院工作内容有所差异，不同医院可设定机动时间占直接和间接护理工时总和的5%～25%。

（6）直接护理工时=Σ(每项操作平均工时×该项操作24小时内发生的频数)，间接护理工时=Σ(每项操作24小时所需的总时数)。

（7）患者日均护理所需护理时数=(直接护理时数+间接护理时数+机动时间)÷(编制床位数×病床利用率)。

（8）确定编制系数：编制系数（r）=病房单项护理项目数与该病房确定的护理项目工时单位乘积的和÷病房单项护理项目数与院单项护理项目工时单位乘积的和（若 $r>0$，表示编制不足；$r<0$ 表示编制有余）。

（9）编制计算公式：核定护士数=(r×编制床位数×床位使用率×该病房患者日均所需直接护理时数+间接护理时数)÷(每名护理人员每天有效工时单位值)+机动数。

表3-1-1　　间接护理项目平均工时

项　目	时间（分钟）
办理出院	9.9
办理入院	7.0

续表

项　目	时间（分钟）
病房内转床	12.2
终末处理	12.5
陪患者检查	22.1
护理记录	16.6
医嘱处理	21.8
书写交班报告	7.1
绘制体温单	5.4
清洗消毒体温表	2.9
晨接班	5.3
床旁交接班	2.7
护理查房	4.2
随同医生查房	8.5
核对医嘱	7.6
准备输液	10.8
清点急、麻、毒药品及贵重物品	3.9
检查维修补充医疗护理用品	3.8
核对口服药	3.1
取药、退药	7.3
摆口服药	2.2
空气培养	2.2
工休会	2.2
医疗护理用物的消毒	4.0
-次性物品的用后处理	4.4
帮患者查账	3.1
整理护士办公室	3.3
换药室、治疗室的清洁消毒	5.1
送取化验标本报告	4.5
清点被服	2.7
血库取血	4.4
与供应室更换消毒物品	3.2
请领物品	36.0

表 3-1-2　直接护理项目平均工时

项　　目	时间（分钟）
TPR	3.9
测体重	1.5
测血压	3.3
入院介绍	6.5
入院评估	13.4
倾倒一种引流液和更换引流袋	5.1
接术后患者	12.7
24 小时出入量记录	15.3
口服给药	2.9
静脉输液	7.3
静脉输血	8.6
更换液体	2.3
肌内注射	4.0
（小壶）静脉加药（静脉注射）	5.2
皮内注射	5.4
皮下注射	3.9
留置针封管	3.6
静脉营养液的配制	19.3
整理床单位（不包括换单）	3.7
整理床单位（包括换单）	8.1
口腔护理（完全由护士完成）	9.6
压疮换药	17.6
压疮烤灯	10.6
床上擦浴	23.7
洗脸梳头	6.5
床上洗头	21.4
泡脚	10.1
饭前洗手	3.5
物理降温（温水、乙醇擦浴）	15.7
物理降温（冰袋降温）	7.1
会阴冲洗	6.1
备皮	10.1
尸体料理	28.4
雾化吸入	9.2

续表

项　　目	时间（分钟）
给氧	4.9
气管切开护理（有内套管）	15.5
气管切开护理（无内套管）	10.4
吸痰	6.0
翻身拍背	7.1
出院指导	9.0
检查、手术前后指导	8.1
抽血	5.4
大小便标本采取	4.4
抽血气标本	6.2
留取尿培养标本	8.7
痰标本	4.0
咽拭子	4.6
血糖测定	3.7
插胃管	12.7
鼻饲	12.4
导尿	13.6
清洁灌肠	35.7
大量不保留灌肠	16.1
小量不保留灌肠	13.2
膀胱冲洗	10.5
喂饭（水、水果）	17.0
协助患者入厕	7.0
协助患者床上大小便	8.4
配合医生床旁操作（胸腔穿刺/腹腔穿刺/骨穿/深静脉穿刺/腰穿等）	23.7
更换腹膜透析液（肾内科）	20.0
造瘘口护理	7.0
阴道冲洗（妇科）	6.5
术前床单位准备	9.2

（二）适用范围及对象

普通病房与重症监护病房皆可使用。

（三）临床应用

护理工作量由直接护理时间、间接护理时间和机动时间组成，反映了护士在班时的工作状况。直接护理时间、间接护理时间的多少及比例反映了护理人力资源的利用和患者得到的

切实护理照顾。护理工作中的直接护理项目，与工业领域中的工作项目共同具有可测性的特征，可以进行标准化的测定。

杨英华等报道，根据我国分级护理要求内容，计算每名患者在 24 小时内所需要的直接护理和间接护理的平均时数，即以平均护理时数为依据计算护理工作量。一级护理每天需要直接护理时数为 4.5 小时；二级护理每天需要直接护理时数为 2.5 小时；三级护理每天需要直接护理时数为 0.5 小时；间接护理每位患者约需 20 分钟。以一级护理患者为例，约需护理时间 4.8 小时（直接护理时间 4.5 小时＋间接护理时间 0.3 小时），即 1 名护士可以护理一级护理患者 1.25 名。成翼娟等报道，特级护理患者需要的直接护理时数内科为 393 分钟；外科为 481 分钟；间接护理时间均为 364 分钟。另有张莹等连续记录了上海 5 家三级综合性医院 7 个班的护理工作量，得出大型综合性医院各班平均护理时数为 7.2 小时，与 1991 年类似调查平均护理时数 325.9 分钟相比，显著增加了。直接护理时数占总护理时数比例为 42.67 %，与国外直接护理时间约为占整个护理工作的 67.8 %～77.2 %相比有一定差距。将直接护理时数（188.92 分钟）和间接护理时数（253.84 分钟）与 1991 年调查（直接护理时数 184.6 分钟，间接护理时数 141.3 分钟）相比，直接护理时间增加不多，间接护理时间却增加不少。

二、应用举例

我们以缪卓慧、王惠珍发表的文章“CCU 护理工作量调查及人力资源的合理使用”［护理学杂志 .2002，1（12)：11－12］为例，说明工时计算法在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者通过对某三级甲等医院 CCU84 例患者住院 1～3 天各班次的护理内容进行工作时数测定，比较了 CCU 各病种住院 1～3 天和各班次的护理工作量。结果显示：CCU 各病种的护理工时随住院天数的增加而减少，同病种入住 CCU 当天的护理工时与入住后第 1、第 2 天比较，差异有显著性意义；不同病种住院当日护理工时比较，差异有显著性意义；同病种白班的护理工时高于中班、晚班。即 CCU 患者住院 1～3 天各日及各班次所需的护理工时不同，因此护理管理者应根据患者的情况采取弹性制排班，以合理安排护理人力，提高护理效率。

（二）应用解析

根据文章结论，CCU 患者住院 1～3 天各日及各班次所需的护理工时不同，护士长应根据患者的病种、住院时间及其所需护理工时，实行弹性排班，以使护理任务重时有充足的人力资源投入，避免患者病情相对稳定、护理工时所需较少时护理人员被闲置，同时应及时转出病情许可的患者，让其及早脱离紧张的监护环境，以减少“监护期综合征”等心理障碍的发生，并有利护理工时的准确计算。由此可见，工时测定法能比较不同病种患者每天所需护理工作量的变化，更对护理人力资源是否充足以及如何调配起到一定的提示作用。

尽管工时测定法能较好地指导人力资源的调配，但多篇文献报道：用工时测定法计算工作量耗时耗人力，测量时需考虑不同病因、不同班次、不同病种及不同工作强度、技术含量、风险等因素来确定所需测量的护理项目，而且测定的工时一段时间后需要重新评估。有研究表明，在不同病房的护理人员完成相同护理项目，但所需时间不同，如果完全采用平均工时计算病房护理工作量，推算病房护理人员数量，则可能与实际需要数量有出入。

另外，护理工作并不是简单的所有工作的综合，影响护理工作量的变量很多，简单地将护理工作量按项目来进行护理工时测定，是不能够完全体现护理工作的内涵的。工时测定法仅测定了目前护理人员所完成的工作，而对患者实际存在的需要如心理护理等，未被纳入现阶段的护理工作基本范畴。随着现代医学模式的建立和发展，临床护理工作的内涵发生了很大变化。护理工作不只是停留在执行医嘱治疗上，护理人员要在病情观察、判断以及思考上花费大量的时间和精力，这些在统计护理工作量上没有得到体现。有研究者认为决定护理工作量的变量包括 3 种护理工作即直接护理、间接护理和非生产活动以及患者特点、工作负荷等因素；另外也有人认为临床护理工作的各项内容都包含着一定的劳动强度、技术含量和劳动风险。因此，在测量工时的基础上应考虑到这些因素对护理工作量的影响。

第二节　工作量负荷权重法

常用的计数法就是记录护理操作的数量（人次），经汇总后即为护理工作量。计数法简单，但所得数据的可信度差，因为由于临床操作的差异较大，工作负荷不等，如果单纯以数量（人次）来计算，横向比较的可比性较差。

李平等最先在计数法的基础上引入权重的概念，根据每项护理工作所需时间、复杂程度、重要性等情况，将每项具体的护理工作赋予权重，通过计算各护理单元工作量的方法计算护士人数。2005 年，许燕等根据北京协和医院信息系统（HIS）数据库为基础，在计数法的基础上，调用数据库表，运用负荷权重法对北京协和医院护理工作量进行了一次回顾性的测定，为护理工作量的测量统计研究提供了一种新的方法。为与传统的护理工作量概念相区别，将加权后的护理工作量称为护理工作量当量，即护理工作当量。工作量负荷权重法操作较为简单、方便且具有科学性，值得在临床护理工作量测定中推广，本章将向大家介绍工作量负荷权重法的具体使用。

一、评分介绍

（一）评分方法

目前，这种方法在临床上的应用研究并不多见，CNKI 文献搜索中仅 2 篇报道。我们以许燕“基于 HIS 系统的护理工作量管理初探”的研究进行评分方法的介绍。

该文章的护理操作项目的确定以北京协和医院医院信息管理系统（Hospital Information System，HIS）数据仓库为基础。护士的所有执行来自医生的医嘱，而医嘱执行的生成取决于数据库中的医嘱字典和给药方式字典。将数据库中可产生护理操作的医嘱按护理操作项目进行归类，共计 64 项。通过专家咨询法和有经验的护士打分法，最终筛选出 50 项进行权重评定，各个项目及其所占权重见表 3－2－1。

负荷权重评分中所用到的计算公式表达为：

护理工作量当量＝ 护理操作计数×护理操作负荷权重。

护士年均工作量当量＝ 年护理工作量当量÷护士人数。

护士日均工作量当量＝ 年护理工作量当量÷护士人数÷一年中实际工作天数。

护士月均工作量当量＝ 日均工作量当量×平均每月工作天数。

表 3-2-1　　北京协和医院护理操作负荷权重表

序号	项目名称	负荷权重	说　明
1	冰袋降温	0.1	冰袋，冰帽，冰枕
2	测身高	0.1	
3	测体重	0.1	
4	测呼吸	0.2	
5	测脉搏	0.2	
6	测体温	0.2	
7	测血压	0.2	
8	口服给药	0.2	
9	上药	0.2	指滴眼/滴鼻/滴耳/口腔上药/外用/外贴
10	更换引流袋	0.4	
11	入液	0.5	1支药入1瓶液
12	三级护理	0.5	
13	体位调整	0.5	指翻身/协助置某种体位
14	引流记录	0.5	接袋接瓶
15	静脉入壶	0.6	
16	烤灯	0.6	15分钟
17	记出入量	0.8	全天的，包括记尿量、痰量等
18	二级护理	1.0	
19	吸氧	1.0	按小时计数，以24小时为一计分单位
20	膀胱冲洗	1.5	
21	备皮	1.5	
22	鼻饲	1.5	包括各种胃肠泵入
23	抽动脉血	1.5	
24	封管	1.5	
25	肛管排气	1.5	
26	会阴冲洗	1.5	
27	肌内注射	1.5	
28	静脉泵入	1.5	指配液并更换泵针
29	静脉抽血	1.5	
30	皮下注射	1.5	
31	吸痰	1.5	包括经鼻/口/经气管插管
32	小换药	1.5	
33	乙醇擦浴	2.0	
34	口腔护理	2.0	

续表

序号	项目名称	负荷权重	说　明
35	雾化吸入	2.5	
36	放置胃管	3.0	
37	灌肠	3.0	
38	静脉输液	3.0	包括输血
39	静脉注射	3.0	
40	套管针置管术	3.0	
41	心电监护	3.0	按小时计数，以4小时为单位计分
42	一级护理	3.0	
43	中换药	3.0	
44	被动活动	4.0	
45	大换药	4.5	
46	尸体料理	5.0	
47	导尿	6.0	
48	终末处理	6.0	
49	拍背	7.5	15分钟
50	特级护理	9.0	

（二）适用范围及对象

普通病房与重症监护病房皆可使用。

（三）临床应用

目前，这种方法在临床上的应用研究并不多见。

这种方法将护理工作量化，应用较工时测定法简便，计算结果更准确，能较好地反映出护理工作的内容和特点。避免了计数法中由于护理操作负荷强度不同而造成的不公平性与不合理性，可以横向比较各护理单位之间的工作量的大小。

负荷权重法除了为护理工作量的测量统计研究提供了一种新的方法，也为医院护理管理者在管理决策上提供了科学的依据：①通过对护理工作量的查询、统计，可以发现全院总体护理工作量当量的变化趋势与规律，还可以直接了解到每一个护士的工作情况，减少了中间环节，使管理趋向平面化。②护理工作量当量的多少可以反映出一个病房的护理工作的繁重程度，通过对护理工作量当量的研究可以反映人力配置的合理程度。③护理质量控制的重要指标。护理工作量当量构成反映不同科室主要发生的护理操作项目，使管理者可有侧重地对护理操作进行管理，比如医院每季度的技术操作考核就可从中选取构成比较高的项目。④工作量当量是确定岗位工资的一项重要指标。以病房为单位，根据病房护理工作量当量对病房进行等级划分，通过确定各级别的劳务报酬标准来确定护士的岗位工资。也就是说，同一护士在不同级别的病房工作，其岗位工资是不同的。⑤可以成为护士考核的一项重要指标。按常规，护士工作考核的内容主要是理论知识、操作技能、工作能力和工作表现几部分。实际上，护士工作量当量在相当程度上能够反映一个护士的工作能力和表现，是一个很好的客观

的指标。⑥护理工作量当量预测。每个医院由于其病源、病种、病情、床位使用情况等有一定的规律性，故护理工作量当量也是有一定规律的。如果对护理工作量当量及多个相关因素的深入研究，找到其发生规律和数据模型，就可以实现对护理工作量当量的预测。

二、应用举例

我们以许燕、李包罗发表的文章“基于 HIS 系统的护理工作量管理初探”［中国护理管理，2005，5（1）：33－40］为例，说明工作量符合权重法在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

随着医院信息系统（HIS）的广泛应用，HIS 系统中产生了大量的数据，可以为护理管理提供科学的依据。此研究针对护理工作量统计分析进行了研究，利用统计学方法和计算机技术结合护理工作量负荷权重法分析了 2001 年北京协和医院护理工作量当量的静态构成与动态变动，确定了护理工作量管理的指标体系，讨论了护理工作量管理的推广应用。

（二）应用解析

在以往的护理工作中，各病房的护理工作量是由基层管理者上报护理部。几乎每个病房都认为自己病房的工作负荷最大，由此而引发的争执屡见不鲜，尤其是在争取人力分配和劳务分配时矛盾更为突出，护理部却苦于没有强有力的数据，处理问题时显得被动和无力。此研究对各病房、科别的护理工作量当量进行了总量与动态分布的统计分析提供了确凿的数据，反映各病房、各科的护理工作量当量及其变化，使护理部直接掌握一手的信息，摆脱了上报数据不实带来的困扰，使管理平面化，将管理工作由被动变主动。另外，此研究的护理工作量当量查询统计通过信息共享可增加护理管理的透明度，为病房等级划分和劳务分配提供依据。

传统的护士配置方法，各病房的人均护士工作量当量应该是相近的。该研究结果显示各病房的护士人均护理工作量当量不尽相同，其中 13 个病房的人均护士工作量当量高于院平均水平，不同级别病房的护士人均护理工作量当量也有明显差异，因此在讨论护士人力资源分配时，要考虑病房的护理工作量当量。建议护理管理者选择一个合适的水平作为标准，并在此标准的基础上调整人力配置。比如，在不考虑其他因素的情况下，以院平均护理人均工作量当量为标准进行调整。

工作量负荷权重法有很多优点，但也存在着一定的局限性。该研究所使用的护理操作负荷权重指标体系只涵盖了北京协和医院 HIS 系统中普遍发生的纯护理项目医嘱。而实际临床护理工作远远不只这些。第一，很多医嘱的执行不是由护士单独完成，但需要护士配合完成，是护理工作的一部分，也应计人护理工作量当量的统计范围，如腰椎穿刺、气管插管等多种治疗操作的配合；第二，在实际工作中，有很多不收费的护理工作，特别是一些常规工作，没有被纳入 HIS 系统。这些护理工作在护理工作量中占有相当的比例，如固定每周一次的所有患者更换床单，每天常规的生命体征测定，患者的生活护理、卫生宣教、心理护理等，项目种类繁多；第三，间接护理操作也是护理工作量的一部分，如领药和病房药品管理，医疗护理用物的清洁、消毒，医用消耗品的领用等。因此，要想使护理工作量统计充分发挥作用，还有待于护理操作权重指标体系的不断完善。

第三节 患者分类系统

患者分类系统（Patient Classification System，PCS）是评估患者所需护理活动的一种测量工具。一个好的患者分类系统必须能正确预估护理需求，计算护理人力，甚至可以作为护理收费的根据。1962 年 John Hopkin 医院将特定的护理活动量化，按患者所需的项目来分类，形成了第一代的患者分类系统。1987 年，美国健康机构医院评鉴委员会（Joint Commission on Accreditation of Health Organization，JCAHO）要求各医院建立患者分类系统。目前，患者分类系统已广泛为美国各医院使用，并有越来越多医院使用自订的患者分类系统。护理方面国外常用的患者分类形态有原型（Proto type），如陆军医院经常使用的原型分类表，因素型（Factor type），如医院行政管理委员会量表（Commission for Administration Services in Hospitals，CASH）、波兰-英国-桑顿-欧文量表（Poland，English，Thorn，Owen，PETO）及混合型如罗斯麦迪考斯量表（Rush Medicus Tool，RMT）。近年来，国内也有许多护理管理者已开始关注对于患者分类系统的应用研究，如台大医院修改 PETO 量表，长庚医院采用原型量表，台湾荣总医院对 RMT-PCS 进行修订而成的“台北荣总患者分类系统”。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 原型分类法

这种方法始于 1950 年，将病情分为 3～9 个不同等级，以一般描述为主确定各类别的典型特征，如疾病的严重程度、恢复程度等，然后护理人员通过评估患者，根据护士对患者的主观判断将有相似特征的患者分到相应类别中，借此反映患者对护理的需要水平。我国护理分级标准就属于原型分类法，见表 3－3－1。

表 3－3－1 我国护理分级标准

分类	描　述
特级护理	病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；重症监护患者；各种复杂或者大手术后的患者；严重创伤或大面积烧伤的患者；使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；实施连续性肾脏替代治疗，并需要严密监护生命体征的患者；其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者
一级护理	病情趋向稳定的重症患者；手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；生活完全不能自理且病情不稳定的患者；生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者
二级护理	病情稳定，仍需卧床的患者；生活部分自理的患者
三级护理	生活完全自理且病情稳定的患者；生活完全自理且处于康复期的患者

原型分类法必须制定护理每一类别患者所花费的平均时间，可通过计算每一位护理人员在护理各类患者时每一个护理项目所花费的时间，然后取平均值（可参照第一节工时测定法中的直接护理时数的平均值的测算方法）。然后将每类患者所需的护理的平均时数乘以每类患者总数。以 CASH 的分类量表为例，见表 3－3－2。

表 3-3-2　　CASH 的分类及患者所需总时数分配表

类目	所需总时数（h）	所需注册护理人员护理的时数（h）	所需其他工作人员的护理时数（h）
Ⅳ	8.5	5.5	3.0
Ⅲ	5.7	3.4	2.3
Ⅱ	4.2	2.4	1.8
Ⅰ	2.73	2.23	0.5

Ⅳ为监护病房的患者；Ⅲ为需要特殊护理或较多护理的患者；Ⅱ为需要一般性护理的患者；Ⅰ为需少许护理的患者。

2. 因素型分类方法

因素分类法是一种客观的测量工具。它是根据患者所实际需要的护理操作来进行分类的，首先选出能够反映出护理活动的关键指标，如营养支持、记录出入量、测量生命体征、术前准备药物治疗等，每个指标下选定一些发生频率高、花费时间长的护理操作项目，然后测量出每一项目所用的平均护理时数，为了表达方便，将护理时数换算成点数，每一个点数代表一定的时间。在计算每天或每班护士工作量时，往往需制作一个表格，表格上面列有所选定的护理工作项目、每一项目所需的点数及每个患者每天或每班所需的项目及其频次，每个患者每项的点数乘以该项的频次即可得到这一项目的总点数，将每个患者每天或每班中每项的总点数相加即可得到该患者一天或一班的总点数，将所有患者的总点数相加即可得到病房的总点数。

以 PETO-PCS 量表为例进行介绍。PETO 将患者的护理需要分为 7 类：饮食、排泄、测量生命体征、辅助呼吸、给药、清洁、活动，见表 3-3-3，每一类包含若干个护理活动。在设计量表时，专家们根据工时不同，将各项护理活动量化确定“点数”，点数是由所需护理时数转化而来，每 5 分钟可表示为 1 点，所以因素评价系统中每一个因素都包含着时间的元素，包括直接的（分钟/因素）或间接的（点/因素）护理活动。

表 3-3-3　　PETO-PCS 量表

	点数			
	直接护理	间接护理	宣教	未测定的护理
饮食				
饮食不需要帮助或家庭饮食治疗或禁食	1	1	1	1
每 6 小时间歇管饲	6	6	6	6
每 4 小时间歇管饲	9	9	9	9
完全需要护理人员协助	11	11	11	11
每 6 小时持续管饲	16	16	16	16
每 4 小时持续管饲	24	24	24	24
上厕所——排泄				
上厕所无需协助	1	1	1	1
导尿管（床上便盆）	3	3	3	3
上厕所所需部分协助或糖尿病患者的标本采集	4	4	4	4

续表 1

	点数			
	直接护理	间接护理	宣教	未测定的护理
坐式马桶或床上便盆或妇科会阴护理	6	6	6	6
上厕所需协助	8	8	8	8
造口术后不久或每小时排泄	10	10	10	10
结肠造口冲洗（床上用便盆）	12	12	12	12
引流管/敷料每 4 小时（床上便盆）1 次	14	14	14	14
大小便失禁或敷料更换每班 3 次	18	18	18	18
生命征监测				
常规生命体征监测（体温、脉搏、呼吸、血压），每天 2 次	3	3	3	3
生命体征监测每天 4 次或者严密监测每 6 小时 1 次	4	4	4	4
生命体征监测每 4 小时 1 次	5	5	5	5
术后生命体征监测每 2 小时 1 次或者严密监测每 3 小时 1 次	9	9	9	9
特殊手术后生命体征监测（每 3 小时 1 次，持续 8 天）	12	12	12	12
包括神经系统评估的生命体征监测，每小时 1 次	21	21	21	21
清洁				
自己沐浴	2	2	2	2
自己沐浴但需协助或监督	3	3	3	3
需全协助或看护沐浴	5	5	5	5
需完全协助沐浴且需针对特殊皮肤或压疮的护理	7	7	7	7
转动和协助下活动				
协助下能行走或从轮椅上起身，每天 1 次	1	1	1	1
协助下能行走或从轮椅上起身，每天 2～3 次	3	3	3	3
协助下能行走或从轮椅上起身，每天 4 次	6	6	6	6
卧床不起协助下能转动，每 2 小时 1 次或电动轮转床	13	13	13	13
卧床不起协助下能转动，每小时 1 次	24	24	24	24
给药/补液				
口服药物，滴剂、栓剂、软膏，每天 4～6 次	1	1	1	1
每天 1 次或 2 次注射	1	1	1	1
口服药物，滴剂、栓剂、软膏，每天 8 次	2	2	2	2

续表 2

	点	数		
	直接护理	间接护理	宣教	未测定的护理
每天 3～4 次注射	2	2	2	2
口服药物，滴剂、栓剂、软膏，每天 12 次以上	3	3	3	3
每 4 小时注射	3	3	3	3
静脉给药	3	3	3	3
输血	5	5	5	5
间歇静脉注射治疗	9	9	9	9
持续静脉注射治疗	11	11	11	11
吸痰和呼吸辅助				
气管内吸痰或经口吸引	4	4	4	4
气管切开吸痰每 4 小时 1 次	5	5	5	5
气管切开吸痰每 3 小时 1 次	7	7	7	7
术后有效咳嗽和深呼吸、肢体功能锻炼	7	7	7	7
气管切开吸痰每 2 小时 1 次	11	11	11	11
气管切开吸痰每 1 小时 1 次	11	11	11	11
总点数				

3. 混合型分类法

20 世纪 70 年代，在原型、因素型测量方法的发展过程中，有人研究一种综合两种方法的护理工作量测量方法和混合型分类方法。首先提出这种混合型方法的是美国的 Jelinek、Zinn 和 Bray。这种方法最初称为 PASS，后来改为 Medicus。混合型分类法首先采用因素型分类法对患者进行评价，所得的结果采用原型分类法明确各等级患者护理时间的界点，从而确定客观的分类标准。

除了 Medicus 之外，RMT-PCS 也是常用的混合型分类法。以下将以台湾荣总医院在罗斯麦迪克斯量表（Rush Medicus Tool-Patient Classification System，RMT-PCS）的基础上加以修订而形成的台北荣总医院患者分类系统（Veterans General Hospital Taipei-Patient Classification System，VGHT-PCS）为例进行介绍。

VGHT-PCS 按照患者对护理人员的依赖程度，或护理人员在护理患者时所花的时间来确认，并加以归类量化，以作为测量所需护理措施的依据。其内容包括 3 部分：患者情况、基本护理和治疗需求，共计 34 项，见表 3－3－4。

各护理时数、人力计算方法如下：

（1）点数计算：每一项点数应根据每个医院的实际情况进行标注。在得出每一项护理操作的平均时间后，按每 5 分钟为一个点进行换算即可得每一项的点数。

（2）四类患者分类：将分类量表各项得分相加得其总分后可按其总分进行分类，见表 3－3－5。

表3-3-4　　台北荣民总医院护理部患者分类勾选表

单位　　　　日期　　　　班别

			患者情况															基本情况							治疗需求												填表使用时间		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			
																							口或胃管进食																
家属陪伴情形	床号	患者姓名	入院或转入	出院或转出	特别护士	年龄	意识不清	精神混乱／失去定向感	大小便失禁／盗汗	感官知觉障碍	保护隔离	部分不动性	完全不动性	监测	呼吸辅助器	广泛性伤口	气管造口	卧床休息	不需协助可自由活动	协助活动	协助沐浴	完全协助沐浴	协助	完全协助	输入／输出	收集标本（简单型）	收集标本（复杂型）	插管护理	伤口及皮肤护理	氧气治疗	至少每2小时观察生命征象	静脉注射部位护理	特殊卫教护理	特殊情绪需要	准备检查及医疗（简单型）	准备检查及医疗（复杂型）	合计	护士签名	书记签名
点数																																							

表3-3-5　　RMP-PCS量表四类患者分类标准

类别	自我照顾程度	护理时数（h）	总点数	严重度指数
Ⅰ	可自我照顾	0～2	0～24	0.5
Ⅱ	少部分需要照顾	2～4	25～48	1.0
Ⅲ	大部分需要照顾	4～10	49～120	2.5
Ⅳ	完全需要照顾	＞10	＞121	5.0

(3) 工作量指数 WI（Work Index）计算方式：假设甲病房有患者共30人，其中第一、第二类患者各有10人，第三类患者有8人，第四类患者有2人，以甲病房为例计算工作量指数，先计算各类患者工作量指数，再将各类患者工作量指数相加，则得出甲病房工作量总指数，即：

分类	患者数		严重度指数		
Ⅰ	10	×	0.5	=	5
Ⅱ	10	×	1.0	=	10
Ⅲ	8	×	2.5	=	20
Ⅳ	2	×	5.0	=	10

甲病房工作量总指数为5＋10＋20＋10＝45。

(4) 平均严重度 Acuity 计算方式：将病房工作量总指数除以总病人数则得出平均严重度指数。依然以甲病房为例。

WI		患者总数		平均严重度
45	÷	30	=	1.5

平均严重度指数若在0.05～0.74，属于第一类患者；0.75～1.74，属于第二类患者；1.75～3.74，属于第三类患者；3.75～5.00，属于第四类患者。故甲病房患者平均属第二类严重度。每24小时内每一护理工作量指数所需护理人力指数则订为3.2。24小时全病房所需护理人数＝WI×3.2÷8，则甲病房24小时全病房所需护理人数为45×3.2÷8＝18人。

(5) 3班人力的分配：各类患者依3班实际所需护理工作量比例来分配（参照RMT-PCS的3班人力分配比率），见表3-3-6。

表3-3-6　　患者分类与3班护理人数分配比率

类别	白班	晚班	夜班
Ⅰ	48%	34%	18%
Ⅱ	47%	34%	19%
Ⅲ	40%	35%	25%
Ⅳ	35%	33%	32%

以甲病房为例，甲病房3班上班人力：甲病房属第二类严重度，3班上班人数比率为47%、34%、19%，则：

白班：18（人）×47%＝8.46。

晚班：18（人）×34%＝6.12。

夜班：18（人）×19%＝3.42 。

注：并不包括休假人数。

（6）病房总护理人员数则由 24 小时所需人力乘以休假系数（RMT-PCS 采用 1.65，台湾卫生署采用 1.5），成为各单位的总护理人力。休假系数的计算＝365/1 年之中上班天数。

（二）适用范围及对象

普通病房与重症监护病房皆可使用该系统量表。

（三）临床应用

患者分类系统的优点在于可预测各个患者的护理需求、计算人力，可长期监测患者类别及所需护理活动，计算护理人力生产力。患者分类量表的建立已由一般内外科发展向各专科患者分类，在量表上已有发展兼具原型与因素型优点的混合型分类量表趋势，因为混合型分类系统对各项护理活动所需时间、频率及所花人力成本费用等，有更精确的计算。

当然，患者分类系统在临床应用中也有一定的局限性。由于原型患者分类系统的工作量计算是以患者的疾病特征为基础的，因此该方法对患者分类过于粗略，不能准确的反应患者个体的护理需求，需要护士对患者做出判断，主观性强。因素型、混合型患者分类系统要求明确每项护理活动的标准时间，而标准时间的测量是一项庞大而复杂的研究。随着护理操作水平的不断提高，护理标准时间也是动态变化的。因此，因素型测量能否准确、真实地反映护理工作量已受到某些护理人士的置疑，并且表中所列出护理活动项目有限，并不能充分反映护理工作的内容。

二、应用举例

我们以张彩云、芦国芳发表的文章“运用患者分类合理配置外科病房护理人员的研究”[护理学报，2008，15（3）：37－39] 为例，说明患者分类系统在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为探索外科病区护理人员的配置问题，建立适合临床实际的患者分类系统，并为外科病区的护理人员配置提供科学依据，文章以 2006 年 5 月某院外科 8 个病区的住院患者护理需求量及各班次的护理人员每天护理时数作为研究对象。采用改良罗斯麦迪可斯量表——患者分类系统（RMT-PCS），用调查统计辅以工作参与法进行，计算出各病区每位患者 24 小时的平均护理时数、需要的护理人数及各病区患者疾病平均严重度。结果显示：各病区住院患者由于病种不同，患者类别所占比例明显不同，各类患者 24 小时所需要的护理时数也不相同，第一类患者平均护理时数 1.71 小时，第二类患者平均护理时数 2.75 小时，第三类患者平均护理时数 4.96 小时，第四类患者平均护理时数 10.0 小时；各病房 24 小时所需护理总时数为（第一类患者数×1.71）＋(第二类患者数×2.75)＋(第三类患者数×4.96)＋(第四类患者数×10.0)。按照 RMT-PCS 量表护理人力分配比率计算出各病区所需护理人员数量符合工作量和患者平均严重度的要求，避免了按床护比分配人员的缺陷。结果提示改良的 RMT-PCS 量表更符合国情，运用改良 RMT-PCS 量表对患者分类并建立患者分类操作系统，科学地配置护理人力，既有利于科学的护理管理，又有利于为患者提供优质高效的服务。

（二）应用解析

研究采用改良 RMT-PCS 量表克服了原量表的弱点，充分考虑我国目前治疗护理量偏重的现象；同时也可避免传统按床护比配置护理人员的相对不公平性，以及按护理级别配置护理人员时测得的护理工作量代表性不好以及护理等级不能真实地反映患者护理工作量的缺点，但此研究只是对其院外科 8 个病区进行调研分析，该分类法是否适合我国目前的护理模式需进一步研究规范。

此研究采用改良 RMT-PCS 量表对患者分类，且测算各病区护理人员配置，基本是人工操作，既费时又费力，同时存在一定的随机性；为更好地发挥改良量表在患者分类及人员配置中的作用，临床护理人员可与信息部门合作，建立改良罗斯麦迪可斯量表——患者分类操作系统，使其更方便、更科学、更合理，同时可减少由于操作及个人因素所造成的误差。

第四节　治疗干预评分系统

治疗干预评分系统（Therapeutic Intervention Scoring System，TISS）是 Cullen DJ 于 1974 年建立的测量工具，共 57 项，通过量化 24 小时内的护理活动来测量护理工作量。它首先被美国的马萨诸塞州综合医院使用，其后的 10 年中逐渐被世界各国广泛应用，1983 年扩展为 TISS－76 项，1996 年简化为 TISS－28 项。目前在欧美被广泛用于评估外科监护室（Surgery Intensive Care Unit，SICU）护理工作量，TISS 于 1989 年引入我国，最初是用来评价 SICU 的治疗效果，以确定设立 SICU 的重要性。目前，在临床上使用较多的为 TISS－28 版，以后发展的许多评价护理活动的评分系统如护理活动评分都是在 TISS－28 版的基础上制定的。

一、评分介绍

（一）评分方法

作者 Cullen 认为患者需要的治疗措施随着其病情严重程度的增加而增多，理想的护患比与护士的技能及患者的严重程度有关。TISS－76 通过量化 24 小时内的医疗活动来测量护理工作强度，给 76 项治疗任务（表 3－4－1）分别赋予 1～4 的分值，76 项治疗任务分值的总和即为 TISS 的最后得分，每天同一时间评估或患者入院后 24 小时内评估患者 TISS 得分，用每天的分值测量护士的工作量。

TISS－28 则由基础项目、通气支持、心血管支持、肾脏支持、神经系统支持、代谢支持、特殊干预 7 组构成共 28 项护理操作，每一项中包括相关的一项或几项护理活动，依其需要护士投入的时间和精力赋予 1～8 分的分值（表 3－4－2），总分最高为 88 分，28 项治疗任务分值的总和即为 TISS－28 的最后得分。TISS－28 的高分表明病情严重和需要更多的治疗措施。

TISS－76 与 TISS－28 的得分关系可以表示为：TISS－28＝3.33＋0.97×TISS－76，r=0.93，r^2=0.86。查阅国内外文献，暂未发现直接根据 TISS－28 进行计分的患者分类方法，需将 TISS－28 得分转换为 TISS－76 分值后，才可根据 TISS－76 得分将患者分为 4 类（表 3－4－3）。作者 Cullen 报道，用 TISS－76 评估平均每 43 分需要 1 名全职护士；Ⅳ类患者需要护患比为 1∶1；1 名护士可以护理Ⅱ类和Ⅲ类患者各 1 名；患者评分 12～13 分

时适合的护患比为1∶4；一个高度熟练的护士理论上能够护理3～4名患者（总计48分）或1名重患者（平均40～50分）。

TISS通过对治疗干预措施评分，以疾病严重程度间接反映护理工作量，从而指导人力资源配置。它存在以下缺点：TISS只包括42.7%的护理工作时间，只能部分的反映患者需要的直接护理及他们对护理的依赖，且该评分表以治疗活动为中心，没有及时反映出与治疗无直接关系的护理活动；所列条目不能充分囊括ICU的护理活动，例如：业务和行政管理等其他护理日常活动。另外有些项目已过时不能适应新技术的发展，在进行临床研究时可能需要做出进一步调整。

表3-4-1　　TISS-76评分量表

4分
1.48小时发生过心搏骤停和（或）抗休克治疗
2. 控制通气使用或不使用呼气末正压通气（PEEP）
3. 控制通气中间歇或持续使用肌松药
4. 食管胃底曲张静脉气囊压迫
5. 持续动脉给药
6. 应用肺动脉导管
7. 心房和（或）心室起搏
8. 不稳定患者行血液透析
9. 腹膜透析
10. 人工低温
11. 加压输血
12. 应用抗休克裤
13. 颅压监测
14. 输注血小板
15. 主动脉内球囊反搏
16.24小时内行过急诊手术
17. 急性胃肠道出血的灌洗
18. 紧急内镜检查或支气管镜监察
19. 输注1种以上血管活性药物
20. 体液超负荷或脑水肿，采取积极利尿
21. 积极纠正代谢性碱中毒
22. 积极纠正代谢性酸中毒
23. 紧急胸、腹或心包穿刺术
24. 积极抗凝治疗（最初48小时）
25. 容量超负荷静脉切开放血
26. 静脉给予2种以上的抗生素（不包括2种）
27. 癫痫或代谢性脑病发作48小时内的积极治疗
28. 复杂的矫形牵引术

续表 1

3分
1. 静脉高营养（包括肾、心、肝衰竭的输液）
2. 随时准备安装起搏器
3. 放置胸腔引流管
4. 间歇指令通气（IMV）或辅助通气
5. 持续呼吸道正压通气（CPAP）
6. 经中心静脉导管输注高浓度钾溶液
7. 经鼻或经口气管插管
8. 盲法气管内吸引
9. 复杂的代谢平衡紊乱
10. 多次血气分析、出/凝血功能监测（>4 次/每班）
11. 频繁输入血液制品（>5U/24h）
12. 临时静脉单次给药
13. 输注 1 种血管活性药物
14. 持续输注抗心律失常药物
15. 心律转复（非除颤）
16. 控温毯应用
17. 置入动脉导管
18. 48 小时内快速洋地黄化
19. 任何方法测量心排血量
2分
1. 中心静脉压（CVP）监测
2. 置入 2 条外周静脉导管
3. 稳定患者行血液透析
4. 48 小时内行气管切开术
5. 气管插管或切开自主呼吸
6. 消化道出血
7. 补液治疗脱水
8. 胃肠道外化疗
9. 每小时监测神经系统体征
10. 复杂的辅料更换
11. 静脉输注加压素
1分
1. 心电图（ECG）监护
2. 每小时生命体征监护
3. 放置 1 条外周静脉导管
4. 长期抗凝治疗
5. 每 24 小时记录出入量
6. 标准试管凝集实验

续表 2

7. 定时间断静脉给药
8. 常规敷料更换
9. 一般矫形牵引术
10. 气管切开术后护理
11. 压疮护理
12. 留置导尿
13. 给氧（鼻导管或面罩）
14. 静脉给予 1～2 种抗生素
15. 胸部物理疗法
16. 创口、瘘管或结肠造口的冲洗、填塞或清创术
17. 胃肠减压
18. 外周静脉营养/脂肪乳治疗

表 3－4－2　TISS－28 评分量表

分　类	项　　目	分值
基础项目	常规监测：每小时生命体征监测，记录与统计液体出入量	5
	实验室监测：生化和微生物检查	1
	单一给药：经静脉、经肌肉、经皮下和（或）口服（或经胃管）	2
	静脉多重给药：单次注射或持续输注 1 种以上药物	3
	常规更换敷料：压疮的护理与预防，每天敷料更换	1
	频繁更换敷料：频繁更换敷料（至少每班 1 次）和（或）大面积伤口的护理	1
	引流管的护理：除胃管外的所有管道	3
通气支持	机械通气：任何形式机械通气/辅助通气，不论是否用 PEEP 或肌肉松弛剂，加 PEEP 的自主呼吸	5
	补充通气支持：通过气管插管自主呼吸不应用 PEEP，除机械通气模式外的任何方式给氧	2
	人工气道的护理：气管插管或气管切开的护理	1
	改善肺功能的治疗：胸部物理疗法，诱发性肺量测定法，吸入疗法，气管内吸痰	1
心血管支持	单一的血管活性药物：任何 1 种血管活性药物	3
	多种血管活性药物：超过 1 种血管活性药物不管种类与剂量	4
	静脉补充丢失的大量液体：补液>3L/(m^2·d)，不论液体种类	4
	放置外周动脉导管	5
	左心房监测：放置肺动脉导管，不论是否监测心排血量	8
	中心静脉置管	2

续表

分类	项目	分值
	在过去的24小时内行心肺骤停后心肺复苏（不包括单一的心前区捶击）	3
肾脏支持	血液滤过技术：透析技术	3
	定量测定尿量（如经导尿管测量）	2
	积极利尿［如呋塞米>0.5mg/(kg·d) 脱水］	3
神经系统	颅压监测	4
代谢支持	复杂性酸碱代谢紊乱的治疗	4
	静脉高营养治疗	3
	肠内营养：通过胃管或其他胃肠途径（如空肠造口）	2
特殊干预	ICU内单一的特殊干预：经鼻或经口气管插管，放置起搏器，心脏复率、内镜检查，过去的24小时内行急诊手术，洗胃，不包括对患者临床状况没有直接影响的常规干预，如放射线检查、超声检查、心电图、换药或静脉、动脉置管的注射等	3
	ICU内的多种特殊干预：超过上述项目1种以上干预	5
	ICU外的特殊干预：手术或诊断性操作	5

表3-4-3　　TISS-76得分分级

TISS分级	TISS-76得分	需要护士数（n）
Ⅰ	<10	0.25
Ⅱ	10～19	0.5
Ⅲ	20～39	0.5
Ⅳ	≥40	≥1

（二）适用范围及对象

TISS多用于重症监护的护理工作量的测量。

（三）临床应用

TISS可以量化护理人员的工作负荷，较科学、客观和有效地反映监护室护理工作量，预测每个患者的护理需求，帮助护理管理者合理使用护理人员，使护理工作有效率、有效果地执行，提高护理质量。修订为28项后，项目数量更适中，可操作性强，评估消耗的时间短（3～5分钟），所得的数据客观、重复性好，具有良好的信度和效度。因此TISS从1974年首次使用以来，目前已经成为测量护理工作量的国际性黄金标准。

与发达国家护理人员配置研究状况相比，国内有关护理人员配置研究尚未成熟，仍然处于尝试和探索的阶段。国内有研究证实TISS可以作为评估监护工作量和人力资源利用的工具。王蕾等采用TISS-28量表调查重症监护室的工作量，建立了TISS-28评分与护理人员配置的关系模型，并指出不同TISS-28评分分值患者直接护理时间差异有统计学意义，说明患者直接护理时间与TISS-28评分分值有较强的正相关关系。而张彦虎则在“TISS在SICU护理工作量评定与分析中的应用”一文中指出：尽管TISS在国外的监护室工作量的

测量研究中应用广泛，并有很好的信效度，但由于国内外护士分级制度、护士工作范围及职责与文化的差异，TISS 在我国应用存在一定的局限性，尚需要在实践中进一步完善。另外如何有效、科学、量化地反映心理护理、生活护理的工作量，同样有待进一步的改革和研究。

二、应用举例

我们以张彦虎、周苗苗、吴晓英发表的文章“TISS 在 SICU 护理工作量评定与分析中的应用”[中国护理管理杂志，2008，8（11）：41－44] 为例，说明 TISS 评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为分析外科重症监护病房（SICU）的护理工作量，给临床管理提供客观参考依据，该文作者通过应用治疗干预计分系统（TISS）对北京某三级甲等医院 SICU 半年内 366 例患者每天的护理工作进行记录、统计，根据 TISS 给定的分级方法，826 例次 SICU 患者的 TISS 计分均数为 39.52 分，约需要 1∶1 的护患比。其中有 46.97％例次的 TISS 计分在 40～87 分，属于 TISS 分类Ⅳ级的重患者，需要 1 名或者 1 名以上的护士直接护理。SICU 每天护理工作总量的 TISS 计分均数为 195.74 分，每天满足患者直接护理需要的护士岗位职数为 15 人。TISS 的 76 个护理干预项目中，心电图监护、每 24 小时的常规摄入及排出、留置导尿管的操作频次占前 3 位。因此得出结论 SICU 护士处于超负荷工作状态。TISS 为 SICU 护理工作量的评估和人力资源的合理使用提供了有力的依据；护患比例失调，护士编制不足，是监护病房亟待解决的问题。

（二）应用解析

此次调查显示，患者中有 46.97％例次需要 1 名或者 1 名以上的护士直接护理，平均约需要 1∶1 的护患比。为满足患者直接护理需要，SICU 每天护士岗位职数为 15 人，护士编制共 30 人方能排班。TISS 的 76 个治疗干预项目中，心电图监护、每 24 小时的常规摄入及排出、留置导尿管的操作频次最高；与静脉输液有关的护理项目占护理工作量的 16.90％，为频次最高的护理活动。由于 TISS 调查集中反映的是与直接护理相关的人员配置问题，且在我国文化和制度的差异，加之本次调查的样本来源较单一，调查结果存在着一定局限性。但我们认为这个结果至少能反映目前 SICU 护理人员配备中的一些问题：SICU 护士处于超负荷工作状态；护患比例失调，护士编制不足，是亟待解决的问题。

第五节　重症监护护理评分系统

芬兰护理学家 Pyykkö 等于 2000 年提出重症监护护理评分系统（Intensive Care Nursing Scoring System，ICNSS）。由于该系统对 ICU 护理工作量的评估具有可靠的信度和效度，已在欧美国家得到广泛应用。我国 2006 年曾组织护理专家对 ICNSS 评分量表进行翻译，并结合我国的实际情况不断修订和完善，将其应用于 ICU 护理工作量的计算及护理人力资源的配置中，在提高护理质量和护士的满意度方面取得较好的效果。

一、评分介绍

（一）评分方法

ICNSS发展来自多种成人重症护理单位，包括护理问题（来自北美护理诊断）、护理干预措施和护理评分3方面的内容，其评估项目包括15个与患者健康相关的护理问题，以及1个与患者亲属或重要关系人相关的护理问题，见表3-5-1。依据护理干预的复杂性，将针对每个护理问题所采取的干预措施进行Likert 4级评分。总的护理工作量为16个护理问题的得分之和，总分16～64分，作者Pyykkö等认为，ICNSS得分越高说明患者的病情越严重，对护理需求就越多，护理干预措施越强，相应的护理工作量自然也越大。

作者Pyykkö指出，当护理工作量评分16～22分时，合适的护患配置比为0.5∶1.0；23～32分时，合适的护患配置比为1.0∶1.0；33～40分时，合适的护患配置比为1.5∶1.0；>40分时，合适的护患配置比为2.0∶1.0。

表3-5-1　ICNSS翻译量表（重症护理工作量评分表）

重症护理评分的变量	护理干预评分原则
1　血流动力学改变 2　气体交换受损 3　低效的呼吸模式 4　排泄变化 5　体液量改变 6　心律/心率变化 7　营养变化 8　清理呼吸道能力下降 9　皮肤完整性受损 10　肢体移动障碍 11　睡眠模式紊乱 12　交流障碍 13　疼痛 14　疲劳 15　焦虑/恐惧 16　亲属/别的重要人的悲痛	1级：预防性护理 护理干预旨在维持现有的正常的生理功能和预防可能由疾病引起的潜在问题，防止使患者病情因疾病、治疗或患者的经历而转变成急性问题 2级：支持性护理 患者病情为轻度，病情、体征使用不同的检查方法可评估到，护理干预是对生理功能进行支持 3级：代偿性或缓解性护理 患者病情较严重，可以清楚地评估到许多不同的体征。护理干预的目的是对生理功能进行补充，减轻疾病的表现或减轻患者的痛苦 4级：弥补或缓解性护理 患者病情非常严重，严重的体征能清楚地评估到。护理干预的目的是对生理功能进行弥补或替代。所有可用的护理措施都用于照顾患者的问题

（二）适用范围及对象

ICNSS适用于重症监护病房（ICU）护理工作量的计算，可用于评估每例患者从入院到出院的整个护理过程。

（三）临床应用

ICNSS的核心是应用ICNSS评分量表来计算护理工作量，在保证护理质量的前提下，将总的工作量合理分配给每名护士，必要时增加值班护士数量或采用弹性排班制度。ICNSS量表具有很好的信度和效度，可以作为ICU护理工作量的测算工具和重症护理人力资源配置的可靠依据。

其用于监护室最大的优势在于量表简短、明了，资料收集时间不超过5分钟，耗时少，

易于在忙碌的ICU使用，并且可随时调整评价时间，及时反映护理工作量，科学调整护理人员工作时间。这样可以将常规工作融入到工作量小的时段内，如工作量小时安排工作人员补休或检查文件书写、对患者进行健康教育等，将加班工作量科学转变为工作时间内的工作量，既保证了工作质量，又保证了护理人员休息时间。熊杰等采用ICNSS评分表和APACHEⅡ评分表进行对ICU护理资源配置效果的比较，结果证实：ICNSS与常用的基于APACHEⅡ评分的护理资源配置模式相比，可更显著提高医疗和护理质量，缩短患者住ICU时间，减少医疗费用，降低住ICU期间压疮、非计划性拔管、呼吸机相关性肺炎和其他医院感染等并发症的发生率，能更有效调动护士的积极性，提高护士对资源配置的满意度。另有文献报道，采用ICNSS与TISS进行相对运行特性分析，结果显示ICNSS比TISS更可靠地预测了存活率。

ICNSS的主要缺陷是变量给出的评分由研究者自己主观判断得出，可靠性低，而可靠性评估本来应该由中立的第三方来验证而不是研究者或护理者。

二、应用举例

我们以裴先波、徐丽华、叶春玲发表的文章“ICU护理工作量测量量表信效度检测”[护理学杂志，2006，21（2）：12－14]为例，说明ICNSS评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

该文作者严格遵循英文量表翻译原则翻译ICNSS，依据原评分原则并结合国情列出ICNSS评分细则，依据专家对ICNSS内容效度评定结果对评分细则进行修订，使其适合ICU护理工作量测量。并应用修订后的中文版ICNSS量表在ICU收集护理工作量，测量观察者间信度、量表内在一致性和区分效度。结果显示：修订后的ICNSS量表各项目和评分细则内容效度指数均达到0.80以上；观察者间信度为95.45%；量表总的内在一致性为0.83，各子项目内在一致性为0.62～0.76；具有较好的信度和效度，对于了解护理工作量，合理科学的调整ICU的护理人力资源配置有一定的实用价值，适用于ICU护理工作量的评估。

（二）应用解析

目前国内尚未有专门的重症护理工作量测量量表，检测过程证明，根据我国国情进行修订的ICNSS量表能够明显地检测出信效度的差别，证明了ICNSS量表对不同种类的患者有较好的区分效度，可用来作为重症护理直接护理工作量的测量工具。此研究受限于样本量及仅在1所医院的综合ICU中进行探讨，以后还可以推广在更大范围的ICU中使用，以及针对不同的疾病种类及年龄群进行探讨，以便对ICNSS量表特征、专科及不同年龄组的适用性进行进一步探讨。

第六节　九等护理人力使用评分

TISS是公认的评估护理工作量的工具，可在不同的患者、患者群及ICU之间比较工作量及护理人力需求。但TISS收集资料费时，且对护士而言，有些项目很难解释。1997年Miranda在TISS－28的基础上提出了九等护理人力使用评分（Nine Equivalents of nursing Manpower use Score，NEMS），简单来说是一种简单的、可操作性强的TISS，将原来

TISS－28项内容压缩为9项主要类别，并在欧洲12个国家的89个监护室进行测试，是适合测量监护室护士工作量的治疗性指标，并可以比较不同监护室之间的护理工作量，对日常工作进行评估。

一、评分介绍

（一）评分方法

NEMS共包括基础监测、静脉给药、机械通气支持、补充通气护理、单一的血管活性药物给药、多种活性药物给药、透析技术、ICU内特殊干预、ICU外特殊干预9项，这9个项目通过多个变量的分析来测量，通过与TISS－28版相比较确定分值，分数范围为0～63分，认为每个护士每24小时能处理45～50分，见表3－6－1。NEMS与TISS一样，需每班记录，3班后累计总分，每天只评分1次。

表3－6－1　　NEMS评分

	项目	分值
1	基础监测：每小时生命体征监测，常规记录与统计液体出入量	9
2	静脉给药：持续或间断给药，不包括血管活性药物	6
3	机械通气支持：任何形式的机械通气或辅助通气，不论是否使用PEEP或肌肉松弛剂的辅助呼吸（例如：持续呼吸道正压通气）	12
4	补充通气护理：通过气管插管自主呼吸而无使用PEEP，除机械通气外（第3条）的任何方式给氧	3
5	单一的血管活性药物给药：任何1种血管活性药物	7
6	多种血管活性药物：超过1种血管活性药物，不论种类与计量	12
7	透析技术：所有形式	6
8	ICU内特殊干预：例如：气管插管，安装起搏器，心脏复律，内镜检查，过去的24小时内急诊手术，洗胃（不包括常规干预，如放射线检查、超声心动图、心电图、换药或静脉、动脉置管等）	5
9	ICU外特殊干预：手术或诊断性操作，与疾病严重程度相关使ICU人力需求额外增加的干预或操作	6

（二）适用范围及对象

NEMS适用于临床各监护病房。

（三）临床应用

NEMS可在个体患者水平预测护理人力资源配置。优点是评分客观，可重复性、操作性强，比TISS更精简，语义更明确，耗时更少。

NEMS与TISS均为使用治疗指数的量表。使用治疗指数的一个很大的弊端是不同的评分者会对某些项目给予不同的解释，例如：“不稳定患者的血液透析”、“复杂的代谢平衡”不像“心电监测”和“每小时生命体征测量”，前者需要评分者进行临床判断，因此容易得出不同的评分。在同一个ICU这种判断差异不会影响评分比较，但在多中心研究中，这种差别就会影响评分结果的比较。

NEMS无法在个体水平进行精确的资源使用情况估计或成本预算，目前也尚无证据表明NEMS可以在个体水平上对护理人力资源配置进行精确的预测。有文献指出，通过患者数据管理系统数据库完全自动计算NEMS分值是可行的，患者数据管理系统与医生之间的相互评定一致性较高。目前在国内也有少数关于NEMS的应用研究，并表明，除辅助通气护理外，所有NEMS项目的Kappa统计分析都显示了良好的结果。

二、应用举例

我们以Haagensen R发表的文章“*Experiences with scoring systems SAPS Ⅱ and NEMS for registration of activities in an intensive care unit*”[Tidsskr Nor Laegeforen，2001，121（6）：687－690]为例，说明NEMS评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

监护室的花费是相当高的，资源的有效利用要求对疾病的严重程度或对患者的创伤进行评估，达到优质管理的目的。自1996年以来Ullevaal教学医院一直使用两种不同的评分量表，评估疾病严重程度的简化的急性生理评分量表（SAPSⅡ）和NEMS。文章通过两个量表评分的比较发现疾病的严重程度与死亡率之间有显著的相关性；创伤和心血管手术患者占用了监护室绝大多数的资源；生命体征的监测、静脉给药和机械通气构成了NEMS评分79%的内容。说明SAPSⅡ与NEMS两个评分系统为重症患者的护理评估提供了实用的信息，对财务与医疗资源使用管理是有帮助的。

（二）应用解析

该研究将NEMS与其他量表结合，评价ICU资源配置及分析疾病严重程度与资源分配之间的关系，可见NEMS是ICU资源管理的一种有效的工具，但因NEMS内容相对简单，在应用过程中通常需要与其他量表结合才能更充分的发挥其评估作用。而且由于NEMS属于间接的护理人力资源评价系统，内容多为与治疗相关的护理操作，不能代表大部分护理时间消耗，更多是作为评估ICU资源利用率的工具，独立用于评估护理工作量、确定人力分配方面尚存在一定的不足。

第七节　护理活动评分

2003年，Miranda组织15个国家的25位专家，从ICU工作项目中选出15项新的措施，与TISS－28中原有的项目合并为23项，每一项按其所用时间，占护士一天工作时间的百分比，赋予相应的分值而构成护理活动评分（Nursing Activity Score，NAS）。

一、评分介绍

（一）评分方法

NAS量表为他评量表，评价者为研究者本人。该表评估项目包括患者所需要的护理工作量的5个方面：监护和输液（包括患者用药和病情的观察、实验室检查，但除外血管活性药物的治疗）、卫生保健（包括更换敷料和床单、患者的个人卫生、患有传染病的患者出院后的终末消毒、除胃管外的患者的导管护理）、活动和体位（包括帮助患者翻身，协助其床上活动和骨科患者的制动）、患者和家属的支持（患者的社会支持，对家属的支持、心理支

持，还包括对患者各个系统的支持，如呼吸支持、血管支持、神经系统支持等，以及其他特殊措施的执行）、护理及行政和业务管理工作［常规工作如数据分析、常规检查、专业信息的交流（护理单位间）如死亡或器官捐赠过程，与其他学科的协调、患者出入院程序］，见表3-7-1。每一个条目依据其所花费的时间不同而赋予1.2～32的分值，各个条目得分的总和即为NAS表的总分，总分最高为177分，相当于1.8名护士24小时不休息满负荷的工作量（NAS将护士一天的工作量看做100分）。

NAS是一个工作任务方向工具。通过测量与患者相关联的操作过程的总数来决定每1个过程需要的护士人数，即由1个给定的分值决定需要的护士人数。研究者通过观察，以每一名患者所需要的由护士提供的护理活动为评价目标，按照护理活动表上的护理工作项目，将护士为患者所做的各项护理活动的分值之和计为每一名患者的总体NAS得分，全部患者的总体NAS得分之和即为当天总体工作量，再依据当天直接参与护理患者的护理人员数量计算平均护理工作量。将每天ICU所有患者护理活动评估量表得分总和除以100，即得出每天所需直接参与护理患者理想的护士人数。

表3-7-1　　护理活动评分量表

项　　目	分值
1　监护和输液：	
1a. 每小时的生命体征观察和记录，记录和计算液体出入量平衡	4.5
1b. 床边护理和持续的病情观察，或者由于安全或病情严重及治疗的原因，精神损伤、平卧位、非气管切开性机械通气、服药和输液的管理。每班次≥2h	12.1
1c. 床边护理和任一班次的由于1b的原因超过4h的护理活动	19.6
2　实验室检查：生化和微生物检查	4.3
3　除外血管活性药物的药物治疗	5.6
4　预防交叉感染：	
4a. 更换敷料和血管内管，换床单，洗澡，某些传染病患者出院后的终末消毒。如烧伤、伤口渗液包括冲洗和复杂的外科换药、大小便失禁，呕吐、活动障碍患者的护理，室内清洁，全体工作人员卫生保健	4.1
4b. 上述工作每一班次＞2h	16.5
4c. 上述工作每一班次＞4h	20.0
5　导管护理（胃管除外）	1.8
6　活动和体位：包括翻身、帮助患者活动、将患者从床上移到椅上及需要多人合作完成的护理工作（不能活动，牵引及俯卧位患者）	
6a. 该过程达到3次/24h	5.5
6b. 该过程＞3次/24h，或任意一次需要两名护士	12.0
6c. 任意一次需要3名或更多护士	17.0
7　对患者及家属的支持：包括打电话、探视、咨询。通常在其他护理活动的同时进行（如口腔护理过程中的交流，观察病情时与家属的交流）	

续表

项　目	分值
7a. 解释病情，减轻疼痛和压力、家庭环境中遇到的不愉快等。任何班次约需 1h	4.0
7b. 需 3 小时或更长时间的解释安慰工作如死亡，特殊需要的环境（如家属多，沟通不畅，不支持工作的亲友）	32.0
8 行政管理和业务管理工作	
8a. 常规工作程序：如整理临床数据资料、常规检查，护理交班（护理查房）	4.2
8b. 任一班次需要进行 2h。如研究活动、调查、患者出入院程序	23.2
8c. 任一班次需要进行 4h 或更多。如死亡或器官捐赠过程，与其他学科的协调	30.0
9 通气支持呼吸支持，各种形式的氧气吸入，机械通气，有/无 PEEP 的自主呼吸；各种形式的机械通气有/无 PEEP，是否使用肌肉松弛剂。任何形式的气管内插管给氧	1.8
10 人工呼吸道护理：气管插管或气管套管	1.4
11 治疗或提高肺功能：胸部物理疗法，刺激肺活量测定，吸入治疗，气管内吸，痰心血管支持	4.4
12 血管活性药物治疗：无论给药途径或剂量	1.2
13 大量静脉输液：液体管理>3L/(m^2·d)，包括各种形式的液体	2.5
14 心功能监护：有或无心输出量监测的肺动脉导管	1.7
15 近 24h 内的心脏停搏后的心肺复苏（不包括单独心前区叩击），肾脏支持	7.1
16 血液透析，腹膜透析	7.7
17 测尿量（例如：通过导尿管测量）	7.0
神经支持：	
18 测颅内压	1.6
代谢支持：	
19 治疗复杂代谢性酸碱平衡失调营养支持	1.3
20 静脉高营养	2.8
21 胃管或胃肠道的其他外部营养注入（如空肠造口处注入）	1.3
22 ICU 的特殊监护措施：气管插管，心脏起搏器植入，心脏复律内镜检查，24h 内急诊手术胃灌洗（不包括对患者临床症状没有影响的常规临床检查，如放射线照相、超声检查、心电图、换药或放置动静脉导管）	2.8
23 ICU 以外的特殊措施：手术或诊断过程	1.9

（二）适用范围及对象

该量表多应用于重症监护室的护理工作量的测量，NAS 不仅可以测量每 1 名患者需要的护理工作量，也可以测量 ICU 总体或者某一组患者需要的护理工作量。

（三）临床应用

NAS 是 TISS－28 的发展，其估计护理时数的分值以患者病情和护理工作的复杂性为基础，又考虑到护理工作量中有些与患者病情严重程度有关，有些内容与患者病情并没有直接的关系，如护士小憩时间。NAS 所描述的护理时间可达 80.8%，是 TISS－28 所能解释的

护理时间的2倍。

NAS是一套较为完善的、科学的患者评分系统，它将患者分类与护理活动紧密结合，能够更准确的测量护理工作量，为临床护理人力资源的配置提供理论依据和数据支持。所以NAS用于ICU护理人力资源配置可以作为今后护理工作量研究及护理人力资源配置的方向。

二、应用举例

我们以沙丽、苏兰若发表的文章“用NAS对医院ICU护理工作量的调查与分析”[中华护理杂志，2007，46（7）：591-594]为例，说明NAS评分在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为客观准确的评估ICU患者所需要的护理工作量及ICU总的护理工作量，指导护理管理者有效地进行护士人力的配置提供数据支持，该文作者选择2006年1～4月在中国医科大学附属第一医院ICU住院的患者所需要的护理工作量为研究对象（其中好转116例，死亡10例）。由研究者用“护理活动评分表”作为评价工具，对每一位患者每一天的护理工作量进行评估。评价结果使用SPSS12.0社会学统计软件进行信度和效度分析。结果显示，量表的内在一致性信度量表总体的Cronbach's α为0.94，评分者间信度为0.997，量表的内容效度指数为0.96，量表的各个条目与量表总体间相关系数均为0.3～0.9，平均每个患者每天的NAS分为（67.83±13.23）分。平均每一名护士可以护理1.5个患者，患者不同住院时期对护理工作量的影响有显著性差异；患者住院当日、次日和最后一天工作量有显著性差异；不同转归患者护理工作量比较有显著性差异。因此得出结论，本研究翻译的量表具有较好的信度和效度，对于了解护理工作量，合理科学的调整ICU的护理人力资源配置有一定的实用价值；中国医科大学附属第一医院ICU的护理工作量较大，甚至超负荷，患者的工作量与其所患疾病无关，与其预后及住院不同时间段有关。

（二）应用解析

该研究在翻译量表时选择目前国际最新的量表NAS，同时结合了我国护理工作的实际特点。不仅促进了我国护理管理工作与国际先进国家护理管理工作接轨，而且其结果具有一定客观性和可比性。

目前国内尚少见NAS的相关报道，本研究为国内护理管理者提供了更多种的ICU护理工作量评估工具的选择，为护理管理者提供了一个量化的评估依据，也为合理配置护理人力资源提供了数据支持。

第八节　护理病历质量评价体系

护理病历是护理人员在护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总称，是对患者住院期间护理过程的客观记录，在处理医疗争议时作为记录护理行为和过程的护理文件，具有重要的举证作用。国务院颁布的《医疗事故处理条例》及卫生部和国家中医药管理局联合印发的《病历书写基本规范（试行)》（以下简称《病历规范》）中，进一步明确了临床护理文书的法律地位。在此基础下，护理文书的质量越来越受到重视，它既体现护理工作各环节质量，也反映医院的护理管理水平。但是护理文书涉及多种表格，如何对各种护理文书质

量进行客观、准确地评价，以怎样的标准细则评价，是护理管理者必须认真思考和不断完善的问题。目前，全国尚无统一的护理文书质量评价标准细则，多是由各医疗机构根据《病历规范》结合临床实际工作自行制定。本节将介绍中南大学湘雅医院、汕头市第二人民医院、娄底市中心医院等医疗机构自行制定的护理病历质量评价标准，为广大护理管理者提供参考。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 中南大学湘雅医院护理病历质量分级评价体系

中南大学湘雅医院护理病历质量分级评价体系是依据湖南省卫生厅《护理文书书写规范及管理规定》，同时根据临床应用的实际情况，运用 Delphi 法综合 60 位专家意见，对护理病历书写过程中的缺陷进行分级，以建立客观可行的分级评价指标体系。该评价体系包括出入院评估单、入院告知书、三测单、长期医嘱单、长期医嘱执行单、临时医嘱单、护理记录单、手术护理记录单及其他等轻度缺陷 34 条，中度缺陷 45 条，重度缺陷 17 条以及 5 条单项否决项目。评价内容包括 3 个方面。①评分标准：每 1 处记一个缺陷，每个轻度缺陷扣 0.5 分，每个中度缺陷扣 5 分，每个重度缺陷扣 10 分。对病历进行打分，低于 80 分者视为不合格病历。②护理病历书写单项否决：抽查病历中存在以下任何一项者即为不合格病历，并扣 20 分：缺护理记录单、缺临时医嘱单、缺入院评估单、缺长期医嘱单、缺入院告知书。③护理病历分级标准：根据缺陷多少和程度进行评级，共分为 5 级。Ⅰ级（优）：0～5 个轻度缺陷；Ⅱ级（良）：1 个中度缺陷，或 6～10 个轻度缺陷；Ⅲ级（合格）：2 个中度缺陷，或 11～15 个轻度缺陷；Ⅳ级（不合格）：3 个中度缺陷；Ⅴ级（劣级）：1 个重度缺陷或 1 个单项否决。具体评分标准详见表 3－8－1。

2. 汕头市第二人民医院护理病历质量评分标准

汕头市第二人民医院护理部于 2004 年遵照《病历规范》的要求结合临床工作实际设计出护理病历质量评分标准。该评分标准有 4 个特点。①项目全面："评分标准"对体温单、医嘱单、一般患者护理记录单、危重患者护理记录单、术前护理记录单和手术护理记录单的书写均有评分标准，能为护理病历提供完整的质量评价依据。②内容详细：对《病历规范》中的每一种护理文件的书写规范逐条分解，制定出基本要求，同时制定出相应的缺陷内容和扣分标准，使每一项记录内容都能找到相应的评价标准。③体现规范："评分标准"完全按照《病历规范》的原则制定，各项内容均能体现出《病历规范》要求的规范性，如内容记录要求、记录频次、记录时间、记录用笔、改错及签名等，均有统一的规范要求。④可操作性强：评分标准内容具体、明了、针对性强，表格式设计，质控时只要逐条对照，便能评出病历质量的分值，便于操作。

评分标准适用于护理文书的环节质量评价和终末质量评价。用于护理病历环节质量评价时，按评分标准找出病历中存在的缺陷，不评定病案等级；用于终末质量评价时评定病案等级。表中各项扣分以扣完该项为止，不实行倒扣分。病历总分为 100 分，根据所得分划分病案等级：≥ 90 分为甲级病案；75～89.9 分为乙级病案；≤75 分为丙级病案。表中带"★"号项目直接评定病历等级。具体评分标准详见表 3－8－2。

3. 娄底市中心医院护理文书质量评价标准

娄底市中心医院2005年依据卫生部《病历规范》及湖南省卫生厅《护理文书书写规范及管理规定》结合该院实际情况自行制定了娄底市中心医院护理文书质量评价标准。该评价标准包括单项否决项目和评分细节两部分。单项否决项目共25个缺陷条目，详见表3-8-3。评分细则为百分制评分表，共40条评价内容，每条缺陷扣1～5分，详见表3-8-4。评分标准适用于护理文书的环节质量评价和终末质量评价，评价内容包括3个方面。①定性评价：护理文书中只要出现表3-8-3中任一单项否决项目，即评定为不合格。②定量评价：按表3-8-4中的扣分标准评分，若病历累积扣分>25分评为不合格；评分时按标准扣分，扣至0分为止。③综合质量判断：a. 根据病历累积得分情况判断护理病历级别，95～100分为优秀（Ⅰ级），90～94分为优良（Ⅱ级），75～89分为合格（Ⅲ级），70～74分为不合格（Ⅳ级），<70分为劣质（Ⅴ级），其依次对应湖南省病历评级中的Ⅰ级（优）、Ⅱ级（良）、Ⅲ级（中）、Ⅳ级（低）、Ⅴ级（劣）病历。b. 终末质量评价根据上述评分情况定级并结合单项否决综合判断；环节质量评价只按标准评分和判断有无单项否决情况，不评价是否优秀、优良和合格。c. 质量统计时Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级病历计入合格率；Ⅰ级、Ⅱ级病历计入优良率。

（二）适用范围及对象

该评价体系适用于各卫生行政部门及医疗机构对护理文书质量的监控和评价。

（三）临床应用

该评价体系常用于护理病历的环节质量评价和终末质量评价，探讨护理病历书写存在的问题及影响因素，指导护理病历质量的持续改进。如康占菊等依据《北京朝阳医院护理文书书写标准》分别对运行中护理病历和终末护理病案共198份进行检查，对护理病历中出现的护理记录内容不具体、重点不突出、记录不及时准确、不客观等问题进行了分析，并认为提高护理人员对护理病历书写重要性的认识，是保证护理病历质量的前提；加强护理病历书写技能、护士观察能力和疾病症状学知识的培训，是提高护理病历质量的重要环节；而加大护理病历质量的监控力度，制作护理病历模板，实施弹性排班，是提高护理病历质量的手段。汪森等通过研究发现，采用《护理病历质量评分标准》对护理病历质量考评，促进了病历质量的明显提高，保障了医患双方的安全。崔丽娟采用“骨科四肢骨折患者护理病历书写内容及评价标准”研究过程管理方法在护理病历书写质量中的应用效果。

二、应用举例

以应波等发表的文章“我院护理病历质量评价指标体系的应用及效果”[护理管理杂志，2007，7（4）：26-28]为例说明病历质量评价体系在护理管理中的应用。

（一）内容介绍

为检验首都医科大学宣武医院护理病历质量评价指标体系的实用性和可操作性，对护理病历的书写进行有效监督和指导，该文作者采用分层随机抽样的方法，对全院护理病历进行质量评价。结果显示：护理病历质量评价指标体系指标科学，便于管理部门对病历质量进行全面了解，具有应用价值。因此认为护理病历质量评价指标体系适合对护理病历过程质量的全程管理，保证了护理病历的质量。

表 3-8-1　　中南大学湘雅医院住院护理病历评价量表

科室：　　患者姓名：　　住院号：　　病历级别：□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ　□Ⅳ　□Ⅴ　　得分：　　检查者：

项目	轻度缺陷		中度缺陷		备注：
入院评估单及告知书	有既往史者漏填或未写明所患疾病的医疗诊断		24 小时内未完成书写		
	生活习惯有特殊嗜好者未注明		有过敏史者未详细填写过敏的药物或食物等名称		
	使用安眠药物时漏写药名、剂量		记录内容填写与护理记录明显不一致		
	入院告知书缺告知人签名		其他情况填写与患者真实情况不符		
三测单	眉栏、日期、病期、页码未用蓝笔填写阿拉伯数字，填写错误或遗漏		各项记录内容与护理记录单同一时段的记录不一致		
	遇新年份或月份未按要求填写		辅助呼吸时，未用“A”表示		
	入院、出院、转科、分娩、死亡等未用汉字在 40℃以上用红笔顶格填写具体的小时和分钟		有药物过敏史未用红笔在其底栏依次填写过敏药物名称		
	病期或术后病期填错、漏填		三测单相应时间内填写“外出”、“拒测”，护理记录单上未记录原因		
	三测标记未连线				
	大便、小便记录漏记		体温和脉搏重叠时标志错误		
	漏填 24 小时出入水量或尿量				
	漏填每周 1 次血压、体重				
	点、圆、叉和线粗细不均，有涂改不整洁				
长期医嘱单			患者临床死亡时间与三测单、病志、护理记录单上不一致		检查日期：

续表 1

项目	轻度缺陷		中度缺陷		重度缺陷	
长期医嘱执行单	签名字迹潦草		医嘱内容涂改			
	粘贴单眉栏填写不完整		执行单上的时间与实际执行时间不一致			
	粘贴不整齐、不规范，页面不整洁		因故未执行的医嘱，在备注栏中未说明原因，执行时间栏内没有注明“未执行”及签名			
	配药者和执行者是同一人时，“配药”栏缺签名				皮试（+）或未标记皮试结果未标记的药物有执行签名	
			抗生素的皮试结果未标注			
			手工抄写的长期医嘱抄写者和核对者未签名		医嘱停止或作废后仍有执行	
临时医嘱单	签名字迹潦草		缺执行时间和签名（指未进执行卡的医嘱）		医嘱取消或作废后仍有执行	
	皮试结果阳性未用红笔标记		执行时间在医嘱开出时间之前		输了血无合血单	
			临时医嘱代签名		皮试无结果标识	
			输血无两人签名，或已输血的合血单上无两人签名		皮试（+）的药物有执行签名	
			“st”医嘱 15 分钟内未执行（与输液卡核对）		两种皮试药同一时间做皮试	
			皮试未注明药物名称		需皮试的药物使用和皮试时间间隔少于 15 分钟	
			皮试未标记结果、没有签名			
			长期医嘱开在临时医嘱单上			
	“sos”医嘱在 12 小时内未使用，没用红笔在执行时间栏或输液卡上写明“未执行”并签名，护理单上未记录原因					
	因故未执行的医嘱未在执行时间栏或输液卡上用红笔标明“未执行”，未用蓝笔签名，护理单上未记录原因					

续表 2

项目	轻度缺陷		中度缺陷		重度缺陷	
护理记录单	“重”、“危”在病情栏内无记录，未在每班交接班时记录 1 次，有变化未随时记录		病危患者 1 班记录少于 1 次，病重患者 1 天记录少于 1 次，一般患者 1 周记录不到 1 次		护理记录单缺页，缺 1 页扣 20 分	
	新开或停止观察病情变化的医嘱未记录		病情动态变化未按日期顺序记录（转科时科与科之间的记录未按时间顺序记录）		抢救记录未按规定要求书写，如抢救结束 6 小时内无记录	
	同一时间内记录完毕，未按要求签全名		入院当天、手术当班、特殊检查治疗、病危、病重、出院、转出、转入（含科内监护室）在护理记录单上无记录		危重患者抢救记录不客观、不真实，与医师记录不一致	
	瞳孔观察标记不规范		用特殊药物（如呋塞米、强效缓痛剂、血管活性药）、特殊护理措施（如物理降温等）无疗效观察及效果评价		未按医嘱观察并记录病情，如缺生命体征记录	
	卧位方式缺记录或持续长时间同一卧位		临时备用医嘱未执行的在护理记录单上未写明原因			
	总结出入水量的时间与真实时间不符		在护理记录单上未记录药物过敏发生时间和症状			
	总出量未记录在出量栏中最后一空格内		入院时皮肤有破损、压疮等异常情况，在护理记录单上无描述或书写不详			
	总出入量数字下未用红笔画“=”		患者外出或拒绝三测时，在护理记录单上未如实注明			
	眉栏漏填，页码不正确		未正确使用医学术语或引流物未记录性状及量			

续表 3

项目	轻度缺陷		中度缺陷		重度缺陷	
	日期书写不规范，时间未使用 24 小时制		总出入水量统计错误或与三测单上书写不一致			
			因故停止或更改液体时未在记入量栏注明丢弃量和原因			
手术护理记录	“其他”项目漏项		无敷料清点记录，或各项记录与患者真实情况不符		敷料、器械清点记录与真实情况不符	
			无巡回护士、器械护士、接班护士签名			
			灭菌效果监测指示卡或内植物标识未粘贴			
其他	未正确使用公历年、北京时间、24 小时制		护理记录与医师病志不一致		涂改、损毁、添加记录内容未按书写要求	
	字迹潦草		医学术语错误或书写不通顺		未按要求观察病情，如高热患者在三测单或护理记录单上均缺常规观察记录	
	错别字		主观判断		新入院患者三测单和护理记录单无三测、血压、体重记录	
	度量衡单位使用不正确		合血单上未注明有无输血反应		三测和护理记录单未按要求记录 24 小时出入水量、尿量等	
合计	轻度缺陷		中度缺陷		重度缺陷	

表 3-8-2 汕头市第二人民医院护理病历评分标准

项目	标准分值	基本要求	缺陷内容	扣分标准	评分
体温单	20 分	1. 项目完整，准确 2. 字迹清楚，点线整齐，严禁涂改 3. 体温、脉搏、呼吸次数填写符合要求	眉栏及日期、日数无按要求填写	0.5 分/项	
			40℃横线以上的内容填写不正确	0.5 分/处	
			体温、脉搏、呼吸次数未按要求填写	1 分/项	
			35℃横线以下的内容填写不正确	0.5 分/处	
			血压、体重测量未按要求填写	0.5 分/处	
			药物过敏试验未记录，有药物过敏史或药物过敏试验阳性的未在第 1 页体温单反面用红笔写明	1 分/处	
			住院周数未按要求填写	0.5 分	
			点线不清、连线错误、涂改、错别字、页面欠整齐	0.5 分/项	
医嘱单	10 分	1. 医嘱单签名及时、准确、清楚、有执行时间 2. 签名要能辨认 3. 有执行者及查对者签名	执行时间漏写	0.5 分/处	
			签名潦草或漏签名，签错地方	0.5 分/处	
			药物过敏试验结果漏填	1 分	
			页面不整齐，画线不直、涂改	0.5 分/处	
护理记录单	70 分	1. 一般项目填写完整	填写不全	0.5 分/处	
		2. 在眉栏填写诊断	诊断错漏	0.5 分	
		3. 首次护理记录应在患者入院后 8 小时内完成。内容主要包括患者本次入院的原因，护理常规要求的病情观察内容，入院后治疗和护理情况，需向下一班交代的病情观察和检查、治疗、用药和护理重点等	首次护理记录未按时完成	5 分	
			首次内容不全面	2 分	
			记录内容重点不突出，重要病情漏记	2 分/班	

续表 1

项目	标准分值	基本要求	缺陷内容	扣分标准	评分
护理记录单	70分	4. 病程护理记录具有连续性。内容包括病情观察情况，护理措施和效果。护理措施包括技术性护理措施、生活照顾性护理措施、心理护理措施、健康教育措施以及向患者交代的有关注意事项、健康教育执行情况、患者或家属对护理工作的要求等	重点内容记录有缺陷（包括特殊检查、治疗、用药、护理等）	2分/项	
			记录内容无连续性，描述不确切	1分	
			输血未按要求记录	1分/次	
			药物过敏试验或过敏史未记录	1分/处	
			记录内容不规范	0.5分/处	
			病情记录不及时	2分	
		5. 危重患者护理记录单应按医嘱或常规准确及时记录出入量、生命体征及病情等	出入量记录错漏	0.5分/处	
			生命体征记录错漏	0.5分/处	
		6. 术前护理记录：重点记录对病情的观察，术前准备情况，术前向患者交代的注意事项及心理护理和健康教育执行情况，术前用药和特殊病情变化	术前记录有缺陷	0.5分/处	
		7. 术后护理记录：重点记录麻醉方式、手术名称、回室时间及麻醉清醒状态，生命体征，伤口情况，术后体位、引流情况、术后医嘱执行情况等	★缺术后护理记录	丙级	
			术后记录有缺陷	0.5分/处	
		8. 病情稳定患者每周记录1～2次，病情变化或加重随时记录，危重患者班班记录，特殊检查、治疗、用药、护理随时记录。手术当天要有术后护理情况的记录，以后根据病情记录。	未按要求的频次记录	2分/次	
		9. 医生开出书面病危，应改用“危重患者护理记录单”	★未按要求转写“危重患者护理记录单”	乙级	

续表 2

项目	标准分值	基本要求	缺陷内容	扣分标准	评分
护理记录单	70分	10. 抢救记录必须及时完成，特殊情况必须在 6h 内补记	★无抢救记录	丙级	
			抢救记录未在规定时间内完成	1	
		11. 出院记录 8h 内完成，内容包括：入院日期、手术日期、出院日期、当天患者健康状况及出院指导	缺出院（死亡）记录	5 分	
			出院（死亡）病历 8h 内未完成	2	
			出院（死亡）记录缺某一部分内容	1 分/部分	
		12. 术前准备记录单填写完整、准确	术前准备记录单未及时完成	2 分	
			项目错漏	0.5 分/处	
		13. 手术记录单在手术结束及时完成，项目填写完整、准确	手术护理记录单未及时完成	2 分	
			项目错漏	0.5 分/处	
		14. 基本要求： （1）护理记录应真实、客观、准确、及时、完整	★缺整页护理记录造成病历不完整	乙级	
		（2）护理记录用蓝黑钢笔书写，正楷签名，修改用原色笔在错字处画双线，每页修改不超过 5 处	用蓝黑碳素之外的墨水书写	5 分	
			漏签名	2 分	
			未按要求修改	0.5 分/处	
		（3）护士长或上级护理人员应及时检查病历质量，修改时用红色笔，并注明修改人职称、签名及修改时间	上级护理人员修改未注明职称、姓名、时间	1 分/处	
		（4）字迹清楚，无错别字，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹	正常修改后按规定需重抄的而未重抄	2 分	
			字迹潦草不能辨认	2 分	
			有错别字、明显涂改	0.5 分/处	

表3-8-3　　娄底市中心医院护理文书质量检查评价标准（单项否决项目）

项　目	缺　陷　内　容
基本要求	1. 实习生、试用期护士及无执照人员单独记录，无带教者修改、签名 2. 随意代他人记录、代签他人姓名 3. 凭空记录、主观臆造 4. 修改关键的（有可能导致纠纷的）字、词、句 5. 涂改明显（尤其是药名、剂量、用法、执行时间，病情变化时间） 6. 任一整页记录单缺失，导致病历不完整
三测单	7. 药物过敏无标记（包括病历中、病历夹、门诊病历封面）
医嘱单及长期医嘱执行卡	8. 无医嘱也用药治疗或医嘱有疑问未向医生质疑，盲目执行 9. 医嘱无合法的医生签名也执行/缺任何一天长期医嘱执行卡 10. 过敏试验医嘱无试验结果/无执行者签名但有相应药物的执行记录 11. 输血前检查医嘱无执行签字，患者输了血
护理记录单	12. 病重、病危患者护理记录频度不够
手术护理记录单	13. 缺手术器械、敷料清点记录 14. 缺灭菌指示卡 15. 缺手术植入物标识
新生儿出生记录单	16. 新生儿性别记录错误 17. 缺母亲手印和（或）缺婴儿脚印 18. 分娩缺产程图
血液透析（净化）记录单	19. 血液透析（净化）患者缺血透（净化）记录单或少页
输血记录单交叉配血报告单	20. 有输血医嘱及执行记录，但未见交叉配血报告单及输血记录单 21. 供血者/受血者的姓名、血型、血袋号、血液种类的任一项记录错误 22. 输血记录单中血袋号、条形码两者未具其一（注：原则上血袋号、条形码两者均应具备，无条码的应说明）
入院评估单	23. 不客观/带入院的压疮未发现或未记录
入院告知书	24. 缺入院告知 25. 无患方签字且无原因说明
其他	新生儿护理记录、精神疾病患者护理记录、手术患者交接记录单等专科记录缺陷参照护理记录单标准

表 3-8-4　　娄底市中心医院护理文书质量检查评价标准（评分细则）

项　目	缺　陷　内　容	扣分标准
基本要求	1. 不用规范医学术语，使用自编语、俗语、习语，药物未用通用名	2分/处
	2. 非标准化记录/应用规定之外的墨水书写/有铅笔字	1分/(项・处)
	3. 修改不正确：采用刀刮、涂黑、覆盖等方法抹去原来字迹	5分/处
	4. 字迹潦草不能辨认	2分/处
	5. 书写不清晰，不整洁，格式不正确，眉栏、底栏未填全	1分/(项・处)
	6. 病历排序错误/纸张破损残缺	1分/张纸
	7. 首页、质控卡无质控护士签名	5分/处
三测单	8. 顶栏（日期、住院天数、术后天数）漏/错	1分/处
	9. 40℃以上项目（红字标记）记录缺/漏/错	1分/(次・处)
	10. 测量频度不够/物理降温无标记/未体现脉搏短绌	2分/(处・次)
	11. 底栏（体质量、血压、大小便、出入量）项目缺/漏/错	1分/处
	12. 药物过敏标记不规范	1分/处
医嘱单及长期医嘱执行卡	13. 输血医嘱只有一个人执行签名	3分/处
	14. 因故未执行的医嘱无标记，无原因说明，未记录报告医生	5分/处
	15. 护理记录中记录了用药处理，但查不到相应的医嘱（核实是口头医嘱未补开，并非无医嘱而用药）	5分/处
	16. 医嘱无故无执行者签字（有原因说明的除外）	5分/处
	17. 记录医嘱执行的时间与实际执行时间不符或未在规定时间内执行	3分/处
	18. 医嘱无处理者签名，无查对者签名	3分/(项・处)
	19. 长期医嘱执行卡转录或备注说明格式不规范/签字错行	1分/(项・处)
护理记录单	20. 一般患者护理记录频度不够	3分/次
	21. 病情标记缺/少/重复	1分/处
	22. 病情、措施及效果记录不连贯、不完整、不准确、数据未量化	2分/处
	23. 未体现专科护理（病情观察，并发症预防，手术护理，麻醉后监护，饮食，体位，管道，引流，氧疗，特殊药物，仪器监护，呼吸机应用，明显异常的血常规、生化报告，功能锻炼，心理护理等）	1分/(处・项)
	24. 缺各阶段健康教育记录	2分/次
	25. 病情或死亡时间记录不一致（前后/医护/各单之间相互矛盾）	3分/(处・项)
	26. 记录了患方拒绝治疗护理但无患方签字证实	3分/处
	27. 缺出院前记录/缺出院指导/出院指导漏项/重要内容记录不详	3分/次
手术护理记录单，手术患者交接记录	28. 记录漏项	1分/处
	29. 灭菌指示卡无标记	2分/处
	30. 缺交班/接班护士签名	2分/(项・处)
新生儿出生记录单	31. 出生时间医护记录相互矛盾	5分/处
	32. 底栏记录（新生儿姓名、性别、名牌等）漏项	2分/处
血液透析记录单	33. 记录漏项	1分/处
	34. 无小结	2分/处

续表

项　目	缺　陷　内　容	扣分标准
输血记录单，交叉配血报告单	35. 缺查对者双签名/只签了一个查对者姓名	3分/处
	36. 一般项目未填	1分/处
	37. 交叉配血结果未转抄到输血记录单	5分/处
入院评估单	38. 漏项，未体现专科情况的评估	1分/处
入院告知书	39. 患者姓名未记录（导致告知书接受的对象不明）/记录漏项	3分/处
	40. 特殊项目的补充告知无患方在相应位置再次签字认可	5分/处
其他	新生儿护理记录、精神疾病患者护理记录、手术患者交接记录单等专科记录缺陷参照护理记录单标准	

（二）应用解析

应波等研究发现：①护理病历质量评价指标体系的建立实现了对护理病历质量的综合评价。②评价指标的综合性能较为稳定。③评价指标体系具有可操作性，是管理部门了解全院护理病历质量的桥梁。④病历单项否决的应用有效维护了医患双方权益。⑤评价指标体系用于环节护理病历质量评价，使护理病历质量评价更为全面。因此得出护理病历质量评价指标体系适合对护理病历过程质量的全程管理的结论。

护理病历质量评价体系是临床护理质量评价指标中的一个重要部分。目前全国尚无统一的护理文书质量评价标准细则，因此，护理人员可以制定符合医院工作实际护理文书质量评价标准，提高护理病历质量。

第九节　平均住院日评价体系

平均住院日是一项全面反映医院工作效率、管理水平、工作质量、医疗护理技术水平、各科室之间配合程度、医院经济效益和患者切身利益等多方面状况的综合性指标。缩短平均住院日的研究在我国已开展多年，已经受到各级卫生行政管理部门的高度重视。卫生部殷大奎副部长指出："平均住院日长的问题，实质上反映了我国城市医院管理体制和运行机制不畅，质量效果不高及其经营方面的深层次问题。"实践证明，以"缩短平均住院日为突破口，引导医院走质量效益型发展道路，是城市大医院改革的模式之一。"在缩短平均住院日的研究中，开展不适当住院日的分析十分必要。本节将重点介绍住院日适当性评价方案。

住院日适当性评价方案（Appropriateness Evaluation Protocol，AEP）最初是由美国波士顿大学医学院医疗研究中心的 Gertman 和 Restuccia 在 20 世纪 70 年代开发的，用于评价急性期治疗医院（Acute Care Institution）内科与外科入院及后续的住院医疗服务适当性的客观标准。20 世纪 80 年代中期，AEP 开始在欧洲国家得到应用。1993 年在欧盟 BIOMED 项目的推动下，几个欧洲国家（奥地利、法国、意大利、葡萄牙、西班牙、瑞典和英国）组成研究项目组，建立了统一的 AEP 标准在欧盟国家使用。AEP 标准在其他很多国家和地区也得到了应用，如土耳其、台湾地区等。

一、评分介绍

（一）评分方法

该方案是基于医疗和技术标准的、独立于各病种的评价工具，在诊断不明确或不正确的情况下也能使用。它分为入院标准（包括服务强度、病情严重性）、住院天数标准（包括医疗服务、护理/生命支持服务、患者状况）两部分，共 41 项。入院标准用于评价患者的入院治疗是否恰当，住院天数标准用于评价患者住院天数是否合理。它的应用方法是对每份病案进行回顾性评价，对患者住院的每一天进行考察，如果该天符合标准中的某一项，则该天的住院是合适的，如果不符合任何一项，则为无效住院日。本章将介绍 AEP 美国版本，见表 3-9-1。

表 3-9-1　　AEP 美国版本

入院标准
ⅠA　服务强度
ⅠA1　所要开展的程序需要进行全身麻醉或局部麻醉，或者需要用到只有住院服务才提供的资源
ⅠA2　遥测，床旁心脏监控，或者至少 2 小时检测 1 次生命体症
ⅠA3　静脉给药并且/或者补液（不包括胃管喂食）
ⅠA4　观察用药的毒性反应
ⅠA5　至少 8 小时 1 次肌内注射抗生素
ⅠA6　间断（至少每 8 小时 1 次）或持续使用呼吸机
ⅠB　病情严重性
ⅠB11　严重的电解质或血气异常 —— 以下 4 种情况之一：
(a) Na<123 mEq/L or>156 mEq/L
(b) K<2.5 mEq/L or>5.6 mEq/L
(c) HCO_3<20 mEq/L or HCO_3> 36 mEq/L
(d) Arterial pH<7.3 or>7.45
ⅠB12　住院 48h 内丧失视觉或听觉
ⅠB13　住院 48h 内丧失活动任一肢体或其他部位的能力
ⅠB14　持续发热，37.8℃（口温）或 38.3℃（肛温）超过 5d
ⅠB15　活动性出血
ⅠB16　脏器摘除术或外科伤口裂开
ⅠB17　脉搏每分钟<50 次或>140 次
ⅠB18　血压异常
收缩压<90mmHg 或>200mmHg；并且/或者舒张压<60mmHg 或>120mmHg
ⅠB19　急性意识模糊，昏迷或无反应
ⅠB20　心电图报告提示急性缺血，怀疑心肌梗死新发作
住院天数标准
ⅡA 医疗服务
ⅡA1　该天在手术室做手术
ⅡA2　预定次日手术室做手术，当天需要详细的术前会诊或评估

续表

住院天数标准
ⅡA3　该天心导管介入术
ⅡA4　该天血管造影
ⅡA5　该天内脏组织活检
ⅡA6　该天中枢神经系统侵入性诊断
ⅡA7　在控制饮食期间，任何需要严格饮食控制的检查
ⅡA8　新型的或实验性治疗，需要在直接的医学监控下频繁调整用药剂量
ⅡA9　需要医生每天至少 3 次的密切医学监控
ⅡA10　过去的 24h 内进行过大型的侵袭性检查或治疗
ⅡB　护理/生命支持服务
ⅡB11　呼吸护理：间歇性或持续性使用呼吸机，并且/或者吸入治疗
ⅡB12　肠外治疗：间歇性或连续的静脉补液
ⅡB13　持续性生命体征监测，至少每 30 分钟 1 次，至少持续 4h
ⅡB14　每天至少 2 次肌内和皮下注射
ⅡB15　摄入与排出检测
ⅡB16　大型外科手术伤口和引流护理
ⅡB17　护士遵医嘱每天至少进行 3 次密切的医疗监测
ⅡC　患者状况
ⅡC18　过去 24h 内不能大小便，且不是由神经系统问题引起
ⅡC19　因为失血而需要输血
ⅡC20　病程记录或心电图报告提示心室颤动或急性心肌缺血
ⅡC21　患者非发热引起的住院，但是发热肛温至少 38.3℃（或口温至少 37.8℃）
ⅡC22　昏迷：至少 1h 无反应性
ⅡC23　非酒精戒断引起的急性意识模糊
ⅡC24　急性血液病变，严重的嗜中性白细胞减少，贫血，血小板减少，白细胞增多，红细胞增多，或产生征兆或症状的血小板增多
ⅡC25　进行性急性神经病变

（二）适用范围及对象

普通病房与重症监护病房皆可使用 AEP 进行评价。

（三）临床应用

最近几年来，不少国外学者利用 AEP 进行了回顾性研究，从组织诊断的角度分析和识别导致不适当住院日的影响因素。如 Paul 等使用美国 AEP 标准在一所教学医院做了一次研究，请 2 个护士 1 个医生，每人查看 200 份病历，3 人对不适当住院日的一致公认度达到 92%～94%，落实到具体哪一天达到 73%～79%。用一种更主观的方法对同样的 600 份病历做平行实验，对不适当住院日的公认度达到 90%，对具体哪一天达到 40%。这 3 位观察

者阅读每天病程录、医嘱、护理日志、医保方式以及开检查和出报告时间。通过这次研究发现超过 1/4 的住院日是不适当的，其中最主要的原因是医院提供了低水平诊疗，这些诊疗服务可以在门诊或家中完成。Panis 研究了荷兰某大学医院 5 个内科和外科病房，发现 2 7.4％的住院日是不适当的（荷兰 AEP 标准），导致不适当住院日的主要原因是医院流程，其次是由于患者无法及时转科或转到其他医疗机构。

我国也开展了住院日不适当性研究，但国内无相关 AEP 细则，各医院均自定研究方案。某中心医院进行无效住院日分析，数据来源于 1999 年 10 月到 11 月所有手术病例。将无药疗、无化验检查、无手术、无特殊诊治的住院日界定为无效住院日。观察的 218 例住院手术患者中，有 141 例存在无效住院日，占观察病例的 64％，77 人不存在无效住院日，占 35.5％。经统计分析，身份、费别及性别因素对住院手术患者的无效住院日有显著影响，而年龄和婚姻因素尚未看出对无效住院日有显著影响。主要疾病特征（包括入院方式、入院情况、手术类别、疾病编码、诊断质量、经治医师、治疗结果、有无并发症、有无院内感染）对无效住院日长短均未显示显著性影响。住院日与无效住院日的相关分析显示两者呈正相关，即无效住院日越长，住院时间越长。

二、应用举例

以刘霞等发表的文章“基于 AEP 的住院日适当性评价研究”[中国医院，2008，12（10）：31－34] 为例说明 AEP 评价体系在护理管理中的应用。

（一）内容介绍

为研究上海市某医院不适当住院日的比例及不适当的原因，该文作者利用 AEP 的住院日标准对 4 个病种随机抽样的 200 份病案的 2208 个住院日进行回顾性评价。结果有 8.47％的住院日是不适当的，引起住院日不适当的两大原因是等待检查报告和等待手术，占不适当住院日的 70.6％。按医院常规进行修正后，不适当住院日的比例为 6.20％。与国外学者的研究结论相比较发现，该次研究的样本中不适当住院日的比例处于较低水平。

（二）应用解析

利用 AEP 进行回顾性研究能发现医院流程中存在的问题。由该文回顾性研究的结果来看，不适当住院日主要是由于医院资源配置不当引起的，等待检查报告和等待手术已经成为医院提高运营效率、缩短平均住院日的瓶颈。

另 AEP 方法在国外多个国家都有所研究，但各国均有不同的 AEP 标准。我国的医保政策和医疗体系和国外有所区别，国外有些在下级医疗机构或家庭能完成的诊疗在我国是无法实施的，所以制定符合我国国情的 AEP 标准迫在眉睫。

参考文献

1 赵光红．我国护理工作量测量方法的研究进展．护理研究，2005，19（11）：2265－2267

2 刘华平．国外护士人力配置及护理工作量测量研究的进展．中国护理管理，2003，3（1）：51－55

3 汪宏，吴明，宋艳丽，等．“单位时间服务量”研究及其在卫生人力资源配置中的应用．中国卫生资源，2000，3（6）：283－285

4 王泓，叶文琴，王伟智，等．心胸外科监护室护理工作量调查及人力资源的合理使用．中华护理杂志，

2004，39（8）：604－606

5 任小英，王桂兰，喻姣花，等．大型综合性医院临床护理人员工作量调查与编制测算．护理研究，2003，17（4A）：415－416

6 许乐，林冰心，吴航洲，等．从住院患者护理时数测算探讨护理人力资源合理配置．福建医科大学学报（社会科学版），2003，4（1）：58－59

7 成翼娟，谷波，张毅．综合医院直接、间接护理时间测量分析．实用护理杂志，2003，19（2）：1－3

8 许燕．基于 HIS 系统的护理工作量管理初探．北京中医药大学 2003 年硕士论文集

9 李平，田晓丽，王仙园，等．以工作量为基础配备护理人力的研究．护理学报，2006，13（1）：78－79

10 徐南丽，谷幼雄，胡慧林，等．护理行政管理学．台湾：华杏出版股份有限公司，1997，191－207

11 尹裕君．患者分类系统之设计．护理杂志，民国 79，37（1）：55－63

12 陈玉枝．患者分类与人力运用．荣总护理杂志，民国 77，（54）：387－391

13 骆丽华．患者基本分类系统（1）——表格之推演过程与应用．护理新传，民国 75，1（1）：25－33

14 Alward，R. R. Patient classification systems：The ideal vs reality. Journal of Nursing Administration. 1983，13（2）：14－19

15 Clanssen，E. Categorization of patients according to nursing care needs. Military Medicine. 1955，209－214

16 De Groot，H. A. Patient classification system evaluation：Part I：Essential system elements. Journal of Nursing Administration. 1989，19（6）：30－35

17 Giovannetti，P. Patient classification systems in nursing：A description and analysis. DHEW Publication No.（HRA）. 1978，78－22

18 Nagaprasanna，B. R. Patient classification systems：Strategies for the 1990 s. Nursing Management. 1988，19（3）：105－112

19 Poulson，E. A method for training and checking Interrater agreement for a patient classification study. Nursing Management，1987，18（9）：72－80

20 Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center. Patient Classification Systems. Ⅲ：Chicago. 1980

21 Williams，M. A. When you don't develop your own：Validation methods for patient classification systems. Nursing Managemen，1988，19（3）：90－96

22 Cullen D J，Civetta JM，Briggs B A，et al. Therapeutic Intervention Scoring System：A method for Quantitative Comparison of Patient Care. Crit Care Med，1974，2：57－60

23 Keene AR，Cullen DJ. Therapeutic Intervention Scoring System：update 1983. Crit Care Med. 1983，11：1－3

24 Miranda DR，Rijk AD，Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System. The TISS－28 Items—Results from a Multicenter Study. Crit Care Med，1996，24（1）：64－73

25 洪韵琳，徐波．医院中设置 SICU 的效益评价．中华医院管理杂志，1992，8（1）：35－37

26 王泓，申萍，杜益平，等．治疗干预计分系统用于心胸外科监护工作量评估的研究，护理学报，2006，12（3）：80－82

27 Pyykkö AK，Ala-Kokkö T I，Laurila JJ. Nursing staff resources in direct patient care：comparison of TISS and ICNSS. Acta Anaesthesiol Scand，2004，48：1003－1005

28 沙丽．护理工作量评估系统在 SICU 的应用．护理学报，2006，13（9）：24－26

29 Pyykkö A K，Laurila J J，Ala-Kokkö T I. Intensive care nursing scoring system. Part 1：classification of nursing diagnose. Intensive Crit Care Nurs，2000，16（6）：345－356

30 Pyykkö A K，Laurila J J，Ala-Kokkö T I，et al. Intensive care nursing scoring system. Part 2：Nursing interventions and nursing outcomes. Intensive Crit Care Nurs，2001，17（1）：16－28

31 Pyykkö A K, Ala-Kokkö T I, Laurila J J. Validation of the new Intensive Care Nursing Scoring System (ICNSS). Crit Care Med, 2004, 30 (2): 254 - 259

32 Ries M D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents ofnursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Med, 1997, 23 (7): 760 - 765

33 裴先波，徐丽华，叶春玲. ICU 护理工作量测量量表信效度检测. 护理学杂志，2006，21 (11): 12 - 14

34 H. U. Rothen, V. Küng, D. H. Ryser, R. Zürcher, B. Regli. Validation of "nine equivalents of nursing manpower use score" on an independent data sample. Intensive Care Med, 1999, 25: 606 - 611

35 D. Reis Miranda, R. Moreno, G. Iapichino. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Med, 1997, 23: 760 - 765

36 Axel Junger, Florian Brenck, Bernd Hartmann, et al. Gunter Hempelmann. Automatic calculation of the nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS) using a patient data management system. Intensive Care Med, 2004, 30: 1487 - 1490

37 Vitacca M. Preliminary results on nursing workload in a dedicated weaning center. Intensive Care Med. 2000, 26 (6): 796 - 799

38 Italian Multicenter Group of ICU Research. Time oriented score system (TOSS): a method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. Intensive Care Med, 1991, 17 (6): 340 - 345

39 Reis Miranda Raoal Nap, MSc, Binstaat, Angelique delk, et al. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003, 31 (2): 374 - 382

40 Bemat Adell A, Abizanda Campos R, Cubedo M, et al. Nursing Activity Score (NAS) Our experience with a nursing load calculation system based on times Enferm Intensiva. 2005, Oct—Dec, (160): 164 - 173

41 赵芹芹，刘华平. 重症监护室护理人力资源配置方法的研究进展. 中国护理管理，2007，7 (4): 43

42 刘华平，巩玉秀，幺莉，等. 护理人力资源现状分析和配置标准研究. 中国护理管理，2005，5 (8): 22 - 25

43 Reis Miranda Moreno lapichino. Nine equivalents of nursing manpower use score. Intensive Care Med, 1997, 23: 760 - 765

44 Renec Adomat BA, Alistalr Hewison. Assessing patient category/dependence systems for determing the nurse, patient ration in ICU and HDU: a review of approaches. Journal of Nursing Management, 2004, 12 (5): 299 - 308

45 张崇敏，曹桂琼，李玲英. 护理记录中潜在的法律问题及管理对策. 护士进修杂志，2006，21 (1): 36 - 37

46 王曙红，蒋冬梅，冯梅，等. 护理病历质量分级评价体系的研究. 中国现代医学杂志，2010，20 (6): 911 - 913

47 汪淼，郑美真，林赛莲. 重新制定护理病历质量评分标准 强化护理病历质量控制. 护理学杂志（综合版），2006，13 (12): 66 - 67

48 贺锦花，谢继英，孙玉红. 护理文书质量评价标准细则的制定及应用实践. 护理学杂志（综合版），2010，25 (11): 1 - 4

49 康占菊，周荣慧. 一般患者护理病历书写过程中的问题与对策. 护理管理杂志，2003，3 (6): 19 - 21

50 崔丽娟. 过程管理方法在护理病历书写质量中的应用研究. 山西医科大学，2007

51 应波，杨苹，邵文利，等. 我院护理病历质量评价指标体系的应用及效果. 护理管理杂志，2007，7 (4): 26 - 28

52 Gertman, P. M., Restuccia, et al. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med. Care, 1981, 19: 855-871

53 Lorenzo S. Reliability Study ofthe European Appropriateness Evaluation Protocol. International Journal for Quality m Health Care, 1999, 2 (5): 419-424

54 Kemper K. J. The Reliability and Validity of the Pediatric Appropfiatensss Evaluation Protocol. Quality Review Bulletin, 1989, 15 (3): 77-80

55 Strumwass, er I. Reliability and Validity of Utilization Review Critefia. Appropriateness Evaluation Protocol. Standardized Medreview Instrument. and Intensity-Severity-Discharge Criteria. Medical Care. 1990, 28 (2): 95-111

56 Selker, H. P., Beshansky, et al. The epidemiology of delays in a teaching hospital: the development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. Medical Care, 1989, 27 (2): 112-129

57 Panis Lambert J. G. G. Predictors of Inappropriate Hospital Stay: A Clinical Case Study. International Journal for Quality in Health Care, 2003, 15 (1): 57-65

58 Dizdar O. Appropriate utilization of hospital beds in internal medicine: evaluation in a tertiary care hospital. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2007, 13: 408-411

59 孟新科. 急危重症评分. 北京：人民卫生出版社，2008

第四章　护士职业状况评价

随着社会变革和生活节奏的加快，职业压力日益成为备受关注的研究领域。过度的职业压力如果持续存在，会给个体的身心健康带来不良后果。护理工作是一项脑力劳动和体力劳动相结合的职业，其职业特点决定了护士需承受更多的压力。社会的发展对护理人员的素质提出了更高的要求，不仅要求护士有良好的身体素质和专业素质，还特别强调护士要有健康的心理素质。护士有了健康的身体和心理，才能为患者提供优质高效的护理服务。过度的压力不但影响护士的身心健康，还影响到护理质量。然而如何科学地评价护士的身心状况是我们面临的最大问题，因此本章介绍了一般自我效能感量表等 10 余种身心评价量表，可以为研究者提供有效的科学评价依据，从而探讨出有效的干预措施来缓解护士职业压力，促进护士的身心健康。

第一节　一般自我效能感量表

自我效能感是 Bandura 社会认知理论中的核心概念。自我效能感与结果期望不同，后者是指个体对自己行动后果的知觉，而自我效能感指的是人们对自己行动的控制或主导。一个相信自己能处理好各种事情的人，在生活中会更积极、更主动。这种“能做”的认知反映了一种对环境的控制感，因此，自我效能感反映了一种个体能采取适当的行动面对环境挑战的信念。自我效能感以自信的观点看待个体处理生活中各种压力的能力。

按照 Bandura 的理论，不同自我效能感的人其感觉、思维和行动都不同。就感觉层面而言，自我效能感往往和抑郁、焦虑及无助相联系。在思维方面，自我效能感能在各种场合促进人们的认知过程和成绩，这包括决策质量和学业成就等。自我效能感能加强或削弱个体的动机水平。自我效能感高的人会选择更有挑战性的任务，他们为自己确立较高的目标并坚持到底。一旦开始行动，自我效能感高的人会付出较多的努力，坚持更长的时间，遇到挫折时他们又能很快恢复过来。

一般来说，自我效能感是一个领域特定（domain-specific）的概念，因为一个人在某一方面有较高的自我信念，在另一方面可能并不是这样。但研究者也发现有一种一般性的自我效能感存在，它指的是个体应付各种不同环境的挑战或面对新事物时的一种总体性的自信心。

一般自我效能感量表（General Self-Efficacy Scale，GSES），最早的德文版系由德国柏林自由大学的著名临床和健康心理学家 Ralf Schwarzer 教授和他的同事于 1981 年编制完成，开始时共有 20 个项目，后来改进为 10 个项目。目前该量表已被翻译成至少 25 种语言，在国际上广泛使用。中文版的 GSES 最早由张建新和 Schwarzer 于 1995 年在香港的一年级大学生中使用。至今中文版 GSES 已被王文康等证明具有良好的信度和效度，达到了心理测量学上的要求，本章将为大家介绍 GSES 量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 条目与计分

GSES 共 10 个项目，涉及个体遇到挫折或困难时的自信心。比如“遇到困难时，我总是能找到解决问题的办法”，具体项目参见表 4-1-1。

GSES 采用李克特 4 点量表形式，各项目均为 1～4 分。对每个项目，被试者根据自己的实际情况回答“完全不正确”、“有点正确”、“多数正确”或“完全正确”。评分时，“完全不正确”记 1 分，“有点正确”记 2 分，“多数正确”记 3 分，“完全正确”记 4 分。

2. 统计指标及结果分析

GSES 为单维量表，没有分量表，因此只统计总量表分。把所有 10 个项目的得分加起来除以 10 即为总量表分，个体的得分越高，表示其一般自我效能感水平越高。

表 4-1-1　　一般自我效能感量表

填表说明：以下 10 个句子关于你平时对你自己的看法，请你根据你的实际情况（实际感受），在右边相应的答案上画“√”。

		完全不正确	有点正确	多数正确	完全正确
1	如果我尽力去做的话，我总是能够解决问题的	1	2	3	4
2	即使别人反对我，我仍有办法取得我所要的	1	2	3	4
3	对我来说，坚持理想和达成目标是轻而易举的	1	2	3	4
4	我自信能有效地应付任何突如其来的事情	1	2	3	4
5	以我的才智，我定能应付意料之外的情况	1	2	3	4
6	如果我付出必要的努力，我一定能解决大多数的难题	1	2	3	4
7	我能冷静地面对困难，因为我信赖自己处理问题的能力	1	2	3	4
8	面对一个难题时，我通常能找到几个解决方法	1	2	3	4
9	有麻烦的时候，我通常能想到一些应付的方法	1	2	3	4
10	无论什么事在我身上发生，我都能应付自如	1	2	3	4

（二）适用范围及对象

一般来说，本量表适用于大、中学生群体，医护人员及患者。但是近年来申继亮等研究证明，一般自我效能感量表也适用于老年人，但其中有两个项目需要修改。

（三）临床应用

GSES 题目少，操作简便，可广泛用于大中学生的心理测评和有关心理学研究。自我效能感还被广泛用于学校环境、情绪障碍、医护人员及患者心理和生理健康以及职业选择等领域。因此可以说自我效能感已成为临床心理学、人格心理学、教育心理学、社会心理学和健康心理学的主要变量。如宋雪艾等通过用自我效能感量表对糖尿病患者的自我效能感进行评定，进而给予适当的自我效能干预措施，有效地提高了糖尿病患者的健康相关生活质量。又如顾春玉等用一般自我效能感量表和职业倦怠量表对 219 名实习护理生进行调查，研究护理

专业学生在实习期间的一般自我效能感与职业倦怠的关系，为实际教育工作提供依据。

二、应用举例

我们以殷丽娜，齐建林等发表的文章“护理人员自我效能感与心理健康水平关系的探讨”[中国实用护理杂志，2009，25（2）：54－56] 为例，说明一般自我效能感量表在自我效能感评定中的实际应用。

（一）内容介绍

为了探讨护理人员自我效能感与其心理健康水平的关系。殷丽娜等应用抑郁自评量表、焦虑自评量表和一般自我效能感量表对 230 名健康护理人员进行测试，采用相关分析和 t 检验的统计方法进行数据分析。结果发现：护理人员在自我效能感各分量表上的成绩与焦虑、抑郁量表的得分呈负相关；高自我效能感的护理人员与低自我效能感的人相比较，其在焦虑与抑郁量表上的得分明显较低。自我效能感的高低影响着护理人员的心理健康水平，高自我效能感将使护理人员的心理健康水平维持较高的状态。

（二）应用解析

此研究显示：护理人员在一般自我效能量表的努力、进取心和坚持性分量表上的得分与抑郁、焦虑情绪均呈显著的负性相关。高自我效能感的护理组与低自我效能感的护理组比较，在焦虑与抑郁量表上均差异有统计学意义。低自我效能感的护理人员与高自我效能感的护理人员比较其焦虑与抑郁得分更高。由此可见，在临床上管理者采用自我效能感量表可以及时地发现并了解护士的心理动态，从而尽早地实施护理干预，减少护士的身心疲惫。

该量表能够有效评估被试者的自我效能感，从而为测试者探讨其与心理健康水平的关系提供有效的依据。

第二节　工作倦怠量表

随着科技的发展，人们的工作压力越来越大，过度的工作导致的压力效应被称为工作倦怠。工作倦怠是指在以人为服务对象的职业领域中，因为不能有效地应对工作上延续不断的各种压力而产生的一种长期性反应，包括情感耗竭、人格解体和低成就感的症状。Maslach 等认为，工作倦怠综合征有 3 种成分，即情绪耗竭（emotional exhaustion）、去人性化（depersonal jzation or dehumanization）和个人成就感低落（diminished ersonal accomljshment）。因此 1982 年诞生了国外广泛使用的 Maslach 工作倦怠量表（the Maslach Burnout Inventory，MBI）。这一量表有 3 个版本：MBI-Human Service Survey（MBI-SS）、MBI-Educators Survey（MBI-ES）以及 MBI-General Survey（MBI-GS），已有多种语言版本，得到广泛认可，被称为是测量工作倦怠的“黄金准则”。其中 Maslach 工作倦怠量表通用版（MBI-GS）从情绪耗竭、消极怠慢和专业低效能感 3 个维度测量工作倦怠，广泛应用于各种职业工作倦怠的研究。国内对工作倦怠研究起步较晚，所进行的研究多是采用国外量表。

2002 年，李超平获得该问卷开发者 Michael Leiter 教授授权的国内修订版。该量表在国内具有较好的信度和效度，本节选用的即是由李超平修订的版本。

一、评分介绍

（一）评分方法

该问卷原量表包括3个维度，分别为情绪衰竭、玩世不恭（人格解体）和成就感低落，共15个条目，3个维度分别为5个条目、4个条目和6个条目，见表4-2-1。采用利克特7分等级量表，0代表“从不”，6代表“非常频繁”，与自己情况完全不符合记0分，完全符合记6分。各维度的得分为该维度所有条目的总和。其中成就感低落条目的计分方式为负向计分，维度分为各条目分之和，得分越高专业低效能感越强，也即工作倦怠感越高。情绪耗竭和玩世不恭的得分越高表示工作倦怠程度越重，个人成就感得分越高表示倦怠程度越轻。

表4-2-1　　工作倦怠量表（2002，李超平标准）

填表说明：请您根据您自己的感受和体会，判断它们在您所在的单位或者您身上发生的频率，请在符合您情况合适的数字下画“√”。

0=从不；1=极少，1年几次或更少；2=偶尔，1个月1次或者更少；3=经常，1个月几次；4=频繁，每星期1次；5=非常频繁，1星期几次；6=每天。

情绪衰竭							
1. 工作让我感觉身心俱疲	0	1	2	3	4	5	6
2. 下班的时候我感觉筋疲力尽	0	1	2	3	4	5	6
3. 早晨起床不得不去面对一天的工作时，我感觉非常累	0	1	2	3	4	5	6
4. 整天工作对我来说确实压力很大	0	1	2	3	4	5	6
5. 工作让我有快要崩溃的感觉	0	1	2	3	4	5	6
玩世不恭							
1. 自从开始干这份工作，我对工作越来越不感兴趣	0	1	2	3	4	5	6
2. 我对工作不像以前那样热心了	0	1	2	3	4	5	6
3. 我怀疑自己所做的工作的意义	0	1	2	3	4	5	6
4. 我对自己所做的工作是否有贡献越来越不关心	0	1	2	3	4	5	6
成就感低落							
1. 我能有效地解决工作中出现的问题	0	1	2	3	4	5	6
2. 我觉得我在为公司作有用的贡献	0	1	2	3	4	5	6
3. 在我看来，我擅长于自己的工作	0	1	2	3	4	5	6
4. 当完成工作上的一些事情时，我感到非常高兴	0	1	2	3	4	5	6
5. 我完成了很多有价值的工作	0	1	2	3	4	5	6
6. 我自信自己能有效地完成各项工作	0	1	2	3	4	5	6

（二）适用范围及对象

该量表适用于为人群服务的工作人员，如医生、护士、老师等。

（三）临床应用

通过对职工进行工作倦怠量表的测量来探讨工作倦怠对职工生理、心理健康和职业生命

质量的影响。为进一步开展工作倦怠的干预研究，制定职业人群健康保护措施，提高其职业生命质量提供科学依据。如余芳等用工作倦怠量表等对205名护士进行问卷调查，对结果进行分析进而提出护士工作倦怠的干预策略。又如卢伟等用工作倦怠量表对128名城市医务人员与93名县医院义务人员的工作倦怠水平进行评估发现城市和县医务人员的工作倦怠因素不同，因此对于管理者而言，要采取不同的措施来降低义务人员的工作倦怠水平。

二、应用举例

我们以李永鑫，李艺敏，时金献发表的文章"护士工作倦怠与人格特征的相关研究"[护理学杂志，2007，22（1)：3－5] 为例，说明工作倦怠量表在护士工作倦怠水平调查中的实际应用。

（一）内容介绍

为了了解护士工作倦怠水平及其与人格特征的相关性，为有效干预护士的工作倦怠提供依据。李永鑫等采用工作倦怠量表（MBI)、艾森克人格问卷简式量表中国版（EPQ-RSC）和自尊量表对175名护士进行测试。结果发现护士工作倦怠检出率为69.1%（121/175），其中轻度倦怠占50.4%（61/121)、中度倦怠占43.8%（53/121)、高度倦怠占5.8%（7/121)；人格特征对护士的工作倦怠水平具有重要影响（$P<0.05$，$P<0.01$)。临床护士普遍存在工作倦怠问题，其人格特征对工作倦怠有显著影响，相关行政及护理管理部门应引起重视。

（二）应用解析

本研究结果表明，在护士这一职业群体中，工作倦怠检出率为69.1%，其中轻度倦怠50.4%、中度43.8%、高度5.8%。由此可见，护士的工作倦怠问题比较严重，医疗管理部门应当高度重视这一问题，依据不同的倦怠水平，采取有针对性的措施。如由于护士倦怠而导致的离职率和差错率的增加，采取建立良好支持系统、帮助护士减轻和消除压力、提高护士的适应能力、管理者为护士提高工作效率创造条件等措施来减轻护士的工作倦怠。该文献是工作倦怠量表有效的评估被试者的工作倦怠水平，从而为管理者的管理工作提供有效的依据的一个很好的实例。

第三节　社会支持评定量表

一般认为，社会支持从性质上可以分为两类，一类为客观的、可见的或实际的支持，包括物质上的直接援助、社会网络、团体关系的存在和参与，如家庭、婚姻、朋友、同事等；另一类是主观的、体验到的情感上的支持，指的是个体在社会中受尊重、被支持和理解的情感体验和满意程度，与个体的主观感受密切相关。除实际的客观支持和对支持的主观体验外，量表的编制者于1987年提出，社会支持的研究还应包括个体对支持的利用情况。个体对社会支持的利用存在着差异，有些人虽可获得支持，却拒绝别人的帮助，并且人与人的支持是两个相互作用的过程，一个人在支持别人的同时，也为获得别人的支持打下了基础。因此，对社会支持的评定有必要把对支持的利用情况作为社会支持的第三个维度。

国外较有影响的社会支持问卷一般仍采用多轴评价的方法。例如：1981年Sarason等的社会支持问卷（Social Support Questionnaire，SSQ）共有27个条目，分为两个维度：社会支持的数量，即在需要的时候能够依靠别人的程度，主要涉及客观支持；对所获得的支持

的满意程度，评定的是对支持的主观体验。Hendeson 等的社会交往调查表（Interview Schedule for Social Interaction，ISSl）分为社会支持的可利用度和自我感觉到的社会关系的适合程度两个维度。由于 SSQ 和 ISSI 等国外流行的问卷条目繁多，且其中相当一部分条目不太符合中国国情。考虑到我国被试者的文化素质一般较西方国家低，且对问卷调查不习惯，湖南肖水源于 1986 年设计、1990 年修订的社会支持评定量表（SSRS)，共 10 个条目，比较符合我国国情，本节将主要介绍该量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

社会支持评定量表（Social Support Revalued Scale，SSRS)，见表 4-3-1。其量表条目清晰易懂，包含 3 个维度，即客观支持 3 个题目，包括居住情况、经济支持来源和精神支持来源；主观支持 4 个题目，包括亲密朋友数量，邻里关系，来自夫妻、父母、儿女、兄弟姐妹以及其他人的支持；对支持的利用度 3 个题目，包括倾诉方式、求助方式、团体活动参与度。内部一致性系数为 0.81，重测信度 0.92，分值越高，社会支持度就越高。低于 33 分为社会支持度低，33～45 分为社会支持度一般，高于 45 分为社会支持度高，该表已在国内外广泛使用，具有良好的信度和效度。

1. 社会支持评定量表条目计分方法

第 1～4，8～10 条，选择 1、2、3、4 项分别计 1、2、3、4 分；第 5 条分 A、B、C、D 4 项计总分，每项从无到全力支持分别计 1～4 分；第 6、第 7 条分别如回答“无任何来源”则计 0 分，回答“下列来源”者，有几个来源就计几分。

2. 社会支持评定量表分析方法

总分：即 10 个条目计分之和；客观支持分：2、6、7 条评分之和；主观支持分：1、3、4、5 条评分之和；对支持的利用度：第 8、第 9、第 10 条。

评定的时间范围应考虑每个条目的具体要求，一般应根据受检者本人惯用的方式和情况进行评定。

表 4-3-1　　社会支持评定量表

填表说明：下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持，请按各个问题的具体要求，根据您的实际情况写，谢谢您的合作。

1. 您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友？（只选一项）
   （1）一个也没有　（2）1～2 个　（3）3～5 个　（4）6 个或 6 个以上
2. 近一年来您：（只选一项）
   （1）远离家人，且独居一室　（2）住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起
   （3）和同学、同事或朋友住在一起　（4）和家人住在一起
3. 您和邻居：（只选一项）
   （1）相互之间从不关心，只是点头之交　（2）遇到困难可能稍微关心
   （3）有些邻居很关心您　（4）大多数邻居都很关心您
4. 您和同事：（只选一项）
   （1）相互之间从不关心，只是点头之交　（2）遇到困难可能稍微关心
   （3）有些同事很关心您　（4）大多数同事都很关心您

5. 从家庭成员得到的支持和照顾（在合适的框内画"√"）

	无	极少	一般	全力支持
A. 夫妻（恋人）				
B. 父母				
C. 儿女				
D. 兄弟姐妹				
E. 其他成员（如嫂子）				

6. 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有：

（1）无任何来源　（2）下列来源（可选多项）：A. 配偶；B. 其他家人；C. 亲戚；D. 同事；E. 工作单位；F. 党团工会等官方或半官方组织；G. 宗教、社会团体等非官方组织；H. 其他（请列出）________

7. 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：

（1）无任何来源　（2）下列来源（可选多项）：A. 配偶；B. 其他家人；C. 亲戚；D. 同事；E. 工作单位；F. 党团工会等官方或半官方组织；G. 宗教、社会团体等非官方组织；H. 其他（请列出）________

8. 您遇到烦恼时的倾诉方式：（只选一项）

（1）从不向任何人诉讼　（2）只向关系极为密切的1～2个人诉讼

（3）如果朋友主动询问您会说出来　（4）主动诉讼自己的烦恼，以获得支持和理解

9. 您遇到烦恼时的求助方式：（只选一项）

（1）只靠自己，不接受别人帮助　（2）很少请求别人帮助

（3）有时请求别人帮助　（4）有困难时经常向家人、亲友、组织求援

10. 对于团体（如党组织、宗教组织、工会、学生会等）组织活动，您：（只选一项）

（1）从不参加　（2）偶尔参加　（3）经常参加　（4）主动参加并积极活动

（二）适用范围及对象

该量表适用于各类人群的社会支持评定，不仅用于患者的社会支持评定，同时可用于普通人群的社会支持评定，如学生、农民、军人、离退休干部等。

（三）临床应用

该量表主要是通过评定了解被试者社会支持的特点及其与心理健康水平、精神疾病和各种躯体疾病的关系。如高建蓉等用社会支持评定量表对100名慢性阻塞性肺疾病（COPD）的患者的社会支持现状进行调查分析，来寻求相应的护理对策，提高患者的社会支持水平，从而提高生活质量。又如尚秀花等利用社会支持量表对军队后勤老干部的心理健康状况进行了评估，为改善老干部的生活质量、增进心理健康提供依据。

二、应用举例

我们以杨智辉、王建平发表的文章"癌症患者社会支持状况分析"[中国健康心理学杂志，2007，15（2）：50－51]为例，说明社会支持量表在临床研究工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为了调查和分析癌症患者社会支持的状况，杨智辉等采用社会支持评定量表等测查工具对205名癌症患者进行调查。结果发现：①癌症患者的客观支持和主观支持较好，对支持的

利用度较差；②男性、高年龄组患者的客观社会支持差，低文化程度者、离退休者的客观支持和主观支持都更差。癌症患者社会支持的整体状况较好，能得到较好的客观支持和主观支持，但是患者对支持的利用度不是很理想；建议要更多的关注男性，高年龄组，低文化程度者和离退休的癌症患者的社会支持状况。

（二）应用解析

该研究是社会支持评定量表在癌症患者中的调查研究。从对癌症患者社会支持的分析来看，癌症患者整体的社会支持状况较好，尤其是在客观支持和主观支持方面都能得到很好的支持和照顾。在各类支持当中来自家庭的支持占主要部分，配偶是第一位支持者，其次是子女和兄弟姐妹，以及朋友和同事。但是，研究也发现患者得到来自工作单位的主观支持较少，来自社会团体及半官方团体的主观支持和客观支持都非常少。癌症患者对社会支持的利用度则显得不够理想，只有 1/3 左右的患者能够积极主动的寻求社会支持，1/3 的偶尔有，同时还有 1/3 左右的患者从不或极少主动去寻求社会支持。这表明有必要对癌症患者进行主动寻求社会支持以及积极面对癌症的知识教育。

第四节　简易应对方式问卷

应对方式问卷（Ways of Coping Questionnaire，WCQ）由 Folkman 和 Lararus 编制，应用十分广泛，但是由于文化背景的差异，国外的量表并不适合于我国人群。因此，解亚宁在国外由 Folkman 和 Lararus 编制的应对方式问卷的基础上，根据实际应用的需要，结合我国人群特点编制的简易应对方式问卷（Simplified Coping Style Questionnaire，SCSQ），用来评估个体面对挫折时的应对方式特点。本节主要介绍由解亚宁编制的简单应对方式问卷。

一、评分介绍

（一）评分方法

该问卷包括 20 个条目，由积极应对方式（条目 1～12）和消极应对方式（条目 13～20）两个维度（分量表）组成，见表 4-4-1。结果为积极应对维度平均分和消极应对维度平均分，哪个维度平均得分越高就表示其采用该种应对方式。问卷为自评量表，采用 4 级评分，在每一应对方式项目的后面，列有不采取、偶尔采取、有时采取和经常采取 4 种选择（相应的评分为 0、1、2、3，由受试者根据自己的情况选择作答。

（二）适用范围及对象

该问卷适用于各类普通人群。

（三）临床应用

简易应对方式问卷就是将多种应对方式根据其共同特征归类发展而成的，简捷、容易理解和分析以及对被评估者提供指导。评估个体的应对方式，了解其与身心健康（如压力源）之间的关系，反映出人群不同应对方式特征及其与心理健康之间的关系，为临床干预提供有效的依据。如孙雪芹利用简易应对方式问卷和心理压力源量表对 110 名男、女本科护理专业实习生的压力源可应对方式进行调查发现，本科实习护生存在多种心理压力源，护理教育者应采积极有效的应对方式来减轻其压力。

表 4-4-1　简易应对方式问卷

填表说明：以下列出的是当你在生活中经受到挫折打击，或遇到困难时可能采取的态度和做法，请你仔细阅读每一项，然后在右边选择回答，“不采取”为 0 分，“偶尔采取”为 1 分，“有时采取”为 2 分，“经常采取”为 3 分，请在最适合你本人的情况的数字上画“√”

遇到挫折打击时可能采取的态度和行为	不采取	偶尔采取	有时采取	经常采取
1. 通过学习或一些其他活动解脱	0	1	2	3
2. 与人交谈，倾诉内心烦恼	0	1	2	3
3. 尽量看到事物好的一面	0	1	2	3
4. 改变自己的想法，重新发现生活中什么重要	0	1	2	3
5. 不把问题看得太严重	0	1	2	3
6. 坚持自己的立场，为自己想得到的斗争	0	1	2	3
7. 找出几种不同的解决问题的方法	0	1	2	3
8. 向亲戚朋友或同学寻求建议	0	1	2	3
9. 改变原来的一些做法或自己的一些问题	0	1	2	3
10. 借鉴他人处理类似困难的办法	0	1	2	3
11. 寻求业余爱好，积极参加文体活动	0	1	2	3
12. 尽量克制自己的失望、悔恨、悲伤和愤怒	0	1	2	3
13. 试图休息或休假，暂时把问题（烦恼）抛开	0	1	2	3
14. 通过吸烟、喝酒、服药或吃东西来解除烦恼	0	1	2	3
15. 认为时间会改变现状，唯一要做的便是等待	0	1	2	3
16. 试图忘记整个事情	0	1	2	3
17. 依靠别人解决问题	0	1	2	3
18. 接受现实，因为没有其他办法	0	1	2	3
19. 幻想可能会发生某种奇迹改变现状	0	1	2	3
20. 自己安慰自己	0	1	2	3

二、应用举例

我们以周丽娟等发表的文章“护理本科生临床实习压力源及应对方式调查分析”［护理学杂志，2009，24（8）：11－13］为例，说明简易应对方式量表在个体应对方式与身心健康关系评估中的实际应用。

（一）内容介绍

为了探讨护理本科生（护生）临床实习不同时期压力源及应对方式，寻找影响应对方式的因素，周丽娟等采用自行设计的个人资料问卷、护生压力源问卷和简易应对方式问卷对进

入临床实习的90名护生进行调查。结果发现“毕业分配情况”一直是护生的首要压力源；“带教教师对护生的态度”是临床实习前期和中期的第2位压力源，后期的第3位压力源；“自我价值感”是护生临床实习前期和中期的第3位压力源。临床实习中护生不同时期消极应对与常模比较，差异有统计学意义；专业喜好影响护生的应对方式。护生临床实习不同时期面对的主要压力源不同，临床实习中护生的应对方式较积极，但受个人资料中相关因素影响。教师应根据这些特点，在临床实习的不同时期有针对性地为护生提供适时、有效的指导和帮助，促进她们的身心健康，提高教学效果。

（二）*应用解析*

该研究揭示了护生在临床实习不同时期压力源的差别及应对方式的选择，明确了个人资料中对应对方式造成影响的因素，为教育管理者的教育管理工作提供了有效的依据。该量表可以与压力源量表一同使用，有效的评估现存的压力状况并寻找出有效的应对方式。

第五节　艾森克人格问卷

艾森克人格问卷（Eysenck Personality Questionnaire，EPQ），又称艾森克个性问卷，是英国伦敦大学心理系和精神病学研究所艾森克教授（H. J. Eysenck）及其夫人（B. G. eysenck）于1952年编制的一个专用于人格测量的心理测验工具。这一问卷于20世纪40年代末开始拟定，1952年正式发表，称Maudstey医学问卷，共40个项目，主要调查神经质（Neuroticism，N），后来称N量表。1959年第一次修订，增加了外向（Extraversion，E）量表，为蒙德斯利个性调查表（Maudsley Personality Inventory，MPI），共48个项目。1964年第二次修订成艾森克人格调查表（Eysenck Personality Inventory，EPI），并增加了“测谎”（Lie，L）量表，共57个项目。与MPI相比，EPI中的E和N是两个完全独立的维度。1975年，形成较为成熟的艾森克人格问卷（Eysenck Personality Questionnaire，EPQ），其主要特点是引进了精神质（Psychoficism，P）量表，共90个项目，并发展为成人问卷和青少年问卷两种格式。

龚耀先教授组织全国28个协作单位对艾森克个性问卷进行了中文版的标准化工作，于1983年元月发布了中文版艾森克个性问卷手册。制定成人和儿童两套量表及全国常模。成人式问卷共88个项目，另外他们还修订形成了问卷幼年版（88个项目），信度检验中考察了中小学生的重测信度，同时制定了儿童和成人两套全国常模。龚耀先教授修订艾森克个性问卷是国内目前使用最广泛的版本，本节即是介绍由龚耀先教授修订的版本（成人卷），见表4-5-1。该量表主要包括4个分量表。E量表：测量性格的内、外倾向；N量表：测量情绪的稳定性；以上两个量表均为双级量表，也就是说分数高与分数低都有意义，但两级之间没有一个截然的分界，只有程度的区别。如E量表分由低向高的变化，代表由内向转外向的一种程度上的变化，非常内向—内向—比较内向—内外向平衡—比较外向—外向—非常外向。P量表：测精神质，为单级量表，即：只有P分高时才有意义，P分低被认为是正常。L量表：原本为一个消毒量表，测量回答问题的真实性，同时，它本身也代表一种稳定的人格功能。

一、评分介绍

（一）评分方法

E 量表（21 道题）：外向—内向，第 1、5、10、13、14、17、25、33、37、41、49、53、55、61、65、71、80、84 题答“是”和第 21、29、35 题答“否”的每题各得 1 分。

N 量表（24 道题）：神经质（又称情绪性）。第 3、7、12、15、19、23、27、31、35、39、43、47、51、57、59、63、67、69、73、74、77、78、82、86 题答“是”的每题各得 1 分。

P 量表（23 道题）：精神质（又称倔强）。第 26、30、34、46、50、66、68、75、76、81、85 题答“是”和第 2、6、9、11、18、22、38、42、56、62、72、88 题答“否”的每题各得 1 分。

L 量表（20 道题）：测定被试者的掩饰、假托或自身隐藏，或者测定其朴实、幼稚水平。第 20、32、36、58、87 题答“是”和第 8、16、24、28、40、44、48、52、54、60、64、70、79、83 题答“否”的每题各得 1 分。

大致结果解释：（实际上应按标准差计算再确定）

E 量表分：分数高于 15，表示人格外向，可能是好交际，渴望刺激和冒险，情感易于冲动。分数低于 8，表示人格内向，好静，富于内省，不喜欢刺激，喜欢有秩序的生活方式，情绪比较稳定。

N 量表分：分数高于 14 表示焦虑，忧心忡忡、常郁郁不乐，有强烈情绪反应，甚至出现不够理智的行为。分数低于 9 表示情绪稳定。

P 量表分：分数高于 8 表示可能是孤独、不关心他人，难以适应外部环境，不近人情，与别人不友好，喜欢寻衅搅扰，喜欢奇特的事情，并且不顾危险。

L 量表分：分数高于 18 分，显示被试者有掩饰倾向，测验结果可能失真。

表 4-5-1　　艾森克人格问卷

填表说明：请回答下列问题。回答“是”时，就在“是”上画“√”；回答“否”时就在“否”上画“√”。每个答案无所谓正确与错误。这里没有对你不利的题目，请尽快回答，不要在每道题目上太多思索。回答时不要考虑应该怎样，只回答你平时是怎样的。每题都要回答

1	你是否有许多不同的业余爱好	是	否
2	你是否在做任何事情之前都要停下来仔细思考	是	否
3	你的心境是否常有起伏	是	否
4	你曾有过明知是别人的功劳而你去接受奖励的事吗	是	否
5	你是一个健谈的人吗	是	否
6	欠债会使你不安吗	是	否
7	你曾无缘无故觉得“真是难受”吗	是	否
8	你曾经贪图过分外之物吗	是	否
9	你是否在晚上小心翼翼地关好门窗	是	否
10	你是否比较活跃	是	否
11	你在见到小孩或动物受折磨时是否会感到非常难过	是	否

续表 1

12	你是否常常为自己不该做而做了的事，不该说而说了的话而紧张	是	否
13	你喜欢跳降落伞吗	是	否
14	通常你能在热闹联欢会中尽情地玩吗	是	否
15	你容易激动吗	是	否
16	你曾经将自己的过错推给别人吗	是	否
17	你喜欢会见陌生人吗	是	否
18	你是否相信保险制度是一种好办法	是	否
19	你是一个容易伤感情的人吗	是	否
20	你所有的习惯都是好的吗	是	否
21	在社交场合你是否总不愿露头角	是	否
22	你会服用有奇异或危险作用的药物吗	是	否
23	你常有“厌倦”之感吗	是	否
24	你曾拿过别人的东西（哪怕是一针一线）吗	是	否
25	你是否常爱外出	是	否
26	你是否因伤害你所宠爱的人而感到乐趣	是	否
27	你常为有罪恶之感所苦恼吗	是	否
28	你在谈论中是否有时不懂装懂	是	否
29	你是否宁愿去看些书而不愿去多见人	是	否
30	你有要伤害你的仇人吗	是	否
31	你觉得自己是一个神经过敏的人吗	是	否
32	对人有所失礼时你是否经常要表示歉意	是	否
33	你有许多朋友吗	是	否
34	你是否喜爱讲些有时确能伤害人的笑话	是	否
35	你是一个多忧多虑的人吗	是	否
36	你在童年是否按照吩咐要做什么便做什么，毫无怨言	是	否
37	你认为你是一个乐天派吗	是	否
38	你很讲究礼貌和整洁吗	是	否
39	你是否总在担心会发生可怕的事情	是	否
40	你曾损坏或遗失过别人的东西吗	是	否
41	交新朋友时一般是你采取主动吗	是	否
42	当别人向你诉苦时，你是否容易理解他们的苦衷	是	否
43	你认为自己很紧张，如同“拉紧的弦”一样吗	是	否
44	在没有废纸篓时，你是否将废纸扔在地板上	是	否
45	当你与别人在一起时，你是否言语很少	是	否
46	你是否认为结婚制度是过时了，应该废止	是	否

续表 2

47	你是否有时感到自己可怜	是	否
48	你是否有时有点自夸	是	否
49	你是否很容易将一个沉寂的集会搞得活跃起来	是	否
50	你是否讨厌那种小心翼翼地开车的人	是	否
51	你为你的健康担忧吗	是	否
52	你曾讲过什么人的坏话吗	是	否
53	你是否喜欢对朋友讲笑话和有趣的故事	是	否
54	你小时曾对父母粗暴无礼吗	是	否
55	你是否喜欢与人混在一起	是	否
56	你如知道自己工作有错误，会使你感到难过吗	是	否
57	你患失眠吗	是	否
58	你吃饭前必定洗手吗	是	否
59	你常无缘无故感到无精打采和倦怠吗	是	否
60	和别人玩游戏时，你有过欺骗行为吗	是	否
61	你是否喜欢从事一些动作迅速的工作	是	否
62	你的母亲是一位善良的妇人吗	是	否
63	你是否常常觉得人生非常无味	是	否
64	你曾利用过某人为自己取得好处吗	是	否
65	你是否常常参加许多活动，超过你的时间所允许	是	否
66	是否有几个人总在躲避你	是	否
67	你是否为你的容貌而非常烦恼	是	否
68	你是否觉得人们为了未来有保障而办理储蓄和保险所花的时间太多	是	否
69	你曾有过不如死了为好的愿望吗	是	否
70	如果有把握永远不会被人发现，你会逃税吗	是	否
71	你能使一个集会顺利进行吗	是	否
72	你能克制自己不对人无礼吗	是	否
73	遇到一次难堪的经历以后，你是否在一长段时间内还感到难受	是	否
74	你患有“神经过敏”吗	是	否
75	你曾经故意说些什么来伤害别人的感情吗	是	否
76	你与别人的友谊是否容易破裂，虽然不是你的过错	是	否
77	你常感到孤单吗	是	否
78	当人家寻你的差错，找你工作中的缺点时，你是否容易在精神上受挫伤	是	否
79	你赴约会或上班曾迟到过吗	是	否
80	你喜欢忙忙碌碌和热热闹闹过日子吗	是	否
81	你愿意别人怕你吗	是	否

续表 3

82	你是否觉得有时浑身是劲，而有时又是懒洋洋的吗	是	否
83	你有时把今天应做的事拖到明天去做吗	是	否
84	别人认为你是生气勃勃的吗	是	否
85	别人是否对你说了许多谎话	是	否
86	你是否对某些事物容易发火	是	否
87	当你犯了错误时，你是否常常愿意承认它	是	否
88	你会为一动物落入圈套被捉拿而感到很难过吗	是	否

（二）适用范围及对象

该问卷适合各种人群测试，用以测量人格结构的 3 个度即内外向、精神质和神经质。

（三）临床应用

艾森克的 3 个人格度不但经过许多数学统计上的和行为观察方面的分析，而且也得到实验室内多种心理实验的考察，被广泛应用于医学、司法、教育等领域。如曹建琴用艾森克人格问卷和社交焦虑量表对医科大学护理专业 1091 名学生进行心理测评，来探讨其人格特征与社交焦虑的关系。又如姜杨等用艾森克人格问卷对 103 例自愿戒毒的海洛因依赖者进行测查，探讨海洛因依赖者的人格特征。

二、应用举例

我们以董雪发表的文章“艾森克人格问卷在肺癌患者心理护理中的应用”[中国实用护理杂志，2009，25（11）：67 - 68] 为例，说明艾森克人格问卷在心理护理中的实际应用。

（一）内容介绍

为了探讨利用艾森克人格问卷确定肺癌患者的性格类型，从而了解针对不同性格患者采用个性化的护理方法的可行性及优点。董雪等将 100 例肺癌患者随机分为观察组和对照组各 50 例。对照组采用常规护理方法，观察组采取个性化的心理护理方法。分别于治疗前和治疗 4 周后应用艾森克人格问卷（EPQ）对 2 组患者进行心理状况调查，并就护理满意程度对患者进行调查。进行 t 检验和 Kruskal. Wallis 检验。结果发现，观察组和对照组治疗后 EPQ 各因子分均下降，观察组较对照组下降明显，观察组患者对护理的满意程度显著高于对照组。个性化的心理护理可以减轻患者焦虑紧张情绪，有利于术后康复。

（二）应用解析

艾森克个性问卷是国际公认的个性测试量表之一，它可以通过对 EPQ 等因子量化，从而对人的性格进行聚类、分析。本研究对 2 组肺癌患者入院时 EPQ 各因子分比较，发现无差别，但 N 因子得分相对较高，这可能与患者病程长，久治不愈，容易产生悲观心理，引起情绪波动有关。治疗 4 周后 2 组 EPQ 各因子分均有所降低，观察组的下降幅度稍大于对照组，表明针对性心理护理对患者情绪的稳定性效果最好。这可能是此类患者对外因的作用反应较敏感，容易接受语言暗示等干预，从而改善了负性心理，使机体内外环境得到平衡与协调的结果。

第六节 创伤后应激障碍自评量表

灾难（如地震、火灾、车祸、空难、亲人去世等）发生时，其突发性和不可预测性，会导致个体产生无法抵御的感觉，而引发一系列生理、心理和行为反应。心理创伤后应激障碍（Post-Traumatic Stress Disorder，PTSD）是一种创伤后心理失衡状态，由突发性、威胁性或灾难性事件导致，主要以再度体验创伤为特征，伴随情绪的易激惹和回避行为。

创伤后应激障碍自评量表（Post-Traumatic Stress Disorder Self-Rating Scale，PTSD-SS）由刘贤臣等人于1998年编制，该调查表以PTSD诊断标准为理论依据，有良好的信度和效度，易于实施，评分简单，在我国目前尚无PTSD评定量表的情况下，是一种理想的创伤后应激障碍评定工具。

一、评分介绍

（一）评分方法

PTSD-SS为一自评量表，由24个条目构成。理论上可划分为对创伤事件的主观评定（条目1）、反复重现体验（条目2、3、4、5、17、18、19）、回避症状（条目6、8、9、10、16、21、22）、警觉性增高（条目7、11、12、15、20、23）和社会功能受损（条目14、24）5个部分，见表4-6-1。每个条目根据创伤事件发生后的心理感受，分为没有影响到很重1～5级评定，累积24个条目得分为PTSD-SS总分（24～120），总分≥50判定为阳性，得分越高应激障碍越重。

表4-6-1　　创伤后应激障碍自评量表

填表说明：当在工作中遭遇创伤性事件后，您觉得它给您的生理、心理和生活造成何种程度的影响，请根据您自身的实际感受在最合适的影响程度答案上画“√”

	无	轻微	较严重	严重	非常严重
1. 灾害对精神的打击	1	2	3	4	5
2. 想起灾害恐惧害怕	1	2	3	4	5
3. 脑子里无法摆脱灾害发生时的情景	1	2	3	4	5
4. 反复考虑与灾害有关的事情	1	2	3	4	5
5. 做噩梦，梦见有关灾害的事情	1	2	3	4	5
6. 灾害后兴趣减少了	1	2	3	4	5
7. 看到或听到与灾害有关的事情担心灾害再度发生	1	2	3	4	5
8. 变得与亲人感情疏远	1	2	3	4	5
9. 努力控制与灾害有关的想法	1	2	3	4	5
10. 对同事（学）、朋友变得冷淡	1	2	3	4	5
11. 紧张过敏或易受惊吓	1	2	3	4	5
12. 睡眠障碍	1	2	3	4	5
13. 内疚或有罪感	1	2	3	4	5

续表

	无	轻微	较严重	严重	非常严重
14. 学习或工作受影响	1	2	3	4	5
15. 注意力不集中	1	2	3	4	5
16. 回避灾难发生时的情景或活动	1	2	3	4	5
17. 烦躁不安	1	2	3	4	5
18. 出现虚幻感觉似灾害再度发生	1	2	3	4	5
19. 心悸、出汗、胸闷等不适	1	2	3	4	5
20. 无原因的攻击冲动行为	1	2	3	4	5
21. 悲观失望	1	2	3	4	5
22. 遗忘某些情节	1	2	3	4	5
23. 易激惹、好发脾气	1	2	3	4	5
24. 记忆力下降	1	2	3	4	5

（二）适用范围及对象

本测验适合于曾经历灾难等心理创伤的人群使用，以及 PTSD 患者使用，用以了解心理创伤恢复程度。

（三）临床应用

创伤后应激障碍自评量表主要用于受创伤人群的心理测评与创伤后应激障碍筛查以及评估创伤后应激障碍临床症状及其严重程度。可以为给予不同的护理干预措施提供依据。如郝琼林等用创伤后应激障碍自评量表对 21 例地震后伤员进行调查，根据测试结果给予不同的护理干预。

二、应用举例

我们以林琳、何国平、吴轶西发表的文章“急诊科护士职业创伤后应激障碍的调查研究”[护理研究，2009，23（9）：2280－2282] 为例，说明创伤后应激障碍自评量表在评定创伤后应急障碍水平中的实际应用。

（一）内容介绍

为了了解长沙市三级综合性医院急诊科护士创伤后应激障碍水平，林琳等采用整群抽样法选取调查长沙市 7 所三级综合性医院的急诊科护士，调查问卷包括基本情况调查表和创伤后应激障碍自评量表，对调查结果行统计学分析。结果发现长沙市三级综合性医院急诊科护士创伤后应激障碍阳性率为 19.7％，年龄、健康状况、急诊护龄影响急诊科护士创伤后应激障碍水平，长沙市三级综合性医院急诊科护士创伤后应激障碍水平较高。

（二）应用解析

研究发现 193 名急诊科护士中 38 名 PTSD-SS 总分≥50 分为阳性，阳性率为 19.7％。与国外对急救医务人员 PTSD 的研究基本一致，急诊科护士 PTSD 水平较高，说明急诊科护士职业应激源复杂，身心状况令人担忧，作为管理者要关心和爱护护士，提高管理水平；作为急诊科护士，更应不断提高心理承受能力，有意识地调节好身心状态。通过此调查为急

诊科管理者的管理工作提供了依据。

第七节　焦虑自评量表

焦虑自评量表（Self-Rating Anxiety Scale，SAS）由华裔教授Zung于1971年编制。从量表构造的形式到具体评定的方法，都与抑郁自评量表（Self-rating Depression Scale，SDS）十分相似，用于评定焦虑患者的主观感受，是一种分析患者主观症状的相当简便的临床工具。

一、评分介绍

（一）评分方法

SAS的主要评定依据为项目所定义的症状出现的频度，分4级：没有或很少时间、少部分时间、相当多时间、绝大部分或全部时间。正向评分题，依次评为1、2、3、4分。反向评分题（有*号者）则评分4、3、2、1分。SAS的主要统计指标为总分。在自评者评定结束后，将20个项目的各项得分相加，即得总粗分，经过换算成标准分，见表4-7-1。

（1）若得分在100～150分之间，则表明你的焦虑心理比较严重，得分在130分以上，则表明你的心理已极度不安，烦躁以致影响你的正常生活，打乱了你的日常生活节奏，更有甚者，你的神经系统的平衡性已明显下降，极可能在生理上发生了病变，如患上“恐惧症”或“躁动症”，身体也不适，如肌肉紧张、头痛目眩、肚子紧缩、易感冒，也常失眠、睡不甜、食无味、整个人神情憔悴，苍白无力。

（2）若得分在60～100分之间，则表明你有明显的焦虑的症状，但不是很严重，一般而言，你的心境不平稳，起伏较大，易随事物的“阴阳状态”的变化而变化，如果持续的时间较久，神经易发生轻微病变，易神经过敏，一点小事会引起强烈的情绪反应，易怒、易躁，情绪波动大，也会有失眠、心烦、闷热、头痛目眩、失神发呆的表现。

（3）若得分在60分以下，则表明你有焦虑的现象，但次数有限，程度很轻，整个人的心境比较平稳，波动不大，说话办事有耐性、沉着，为人随和，心胸开阔，平静。

表4-7-1　　焦虑自评量表

填表说明：下面有20条文字，请仔细阅读每一条，然后根据您最近一星期的实际情况在相应的答案上画“√”，每一条文字后有4个字母，分别表示：A没有或很少时间；B小部分时间；C相当多时间；D绝大部分或全部时间

	SAS内容	很少有	有时有	相当多时间有	绝大部分时间有
1	我觉得比平常容易紧张和着急	A	B	C	D
2	我无缘无故感到害怕	A	B	C	D
3	我容易心中烦乱或觉得惊恐	A	B	C	D
4	我觉得我可能将要发疯	A	B	C	D
*5	我觉得一切都好，也不会发生什么不幸	A	B	C	D

续表

	SAS 内容	很少有	有时有	相当多时间有	绝大部分时间有
6	我手脚发抖打战	A	B	C	D
7	我因头痛、头颈痛和背痛而苦恼	A	B	C	D
8	我感觉容易衰弱和疲乏	A	B	C	D
*9	我觉得心平气和，并且容易安静坐着	A	B	C	D
10	我觉得心跳得很快	A	B	C	D
11	我因为一阵阵的眩晕而苦恼	A	B	C	D
12	我有晕倒发作，或觉得要晕倒似的	A	B	C	D
*13	我吸气和呼气都感到很容易	A	B	C	D
14	我的手脚感到麻木和刺痛	A	B	C	D
15	我因胃痛和消化不良而苦恼	A	B	C	D
16	我常常要小便	A	B	C	D
*17	我的手常常是干燥温暖的	A	B	C	D
18	我觉得脸发热、发红	A	B	C	D
*19	我容易入睡，并且一夜睡得很好	A	B	C	D
20	我做噩梦	A	B	C	D

（二）适用范围及对象

该量表适用于具有焦虑症状的成年人。

（三）临床应用

经过反复使用和验证，SAS 能够较好地反映有焦虑倾向的精神病求助者的主观感受，是一个用于测量焦虑状态轻重程度及其在治疗过程中变化情况的心理量表。近年来 SAS 是咨询门诊中了解焦虑症状的自评工具，同时应用于临床患者的心理测量及干预效果的评价工具。如王方群用焦虑自评量表对眼科手术患者实施护理干预组与对照组进行评价分析，来研究护理干预对心理状态的影响。又如高艳敏等对术前访视的老年择期手术患者用焦虑自评量表进行评定发现，积极的术前访视和良好的交流技巧能有效减轻患者的术前紧张、焦虑情绪。

由于焦虑是神经症的共同症状，故 SAS 在各类神经症鉴别中作用不大；关于焦虑症状的临床分级，除参考量表分值外，主要还应根据临床症状，特别是要害症状的程度来划分，量表总分值仅能作为一项参考指标而非绝对标准。

二、应用举例

我们以褚梅容、黄秋影、叶德琴发表的文章“腹膜透析患者焦虑心理状况调查及对策”[现代临床护理，2008，7（3）：4－6] 为例，说明焦虑自评量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为了了解腹膜透析患者焦虑心理状况并分析原因，以便提出针对性的对策，提高患者的生活质量。褚梅容等采用问卷调查的方式，选用焦虑自评量表（SAS）调查了 75 例腹膜透析患者。结果发现：69.3%的腹膜透析患者存在着不同程度的焦虑情绪和症状，其中总分≥50

分的22例，占29.3%；40～49分的30例，占40.0%。腹膜透析患者存在着不同程度的焦虑情绪和症状，与患者过分担忧腹膜透析成败、社交活动少、自卑、多疑、病程长、过分依赖及家庭支持照顾不周等方面有关。

（二）应用解析

本次调查中该组焦虑症患者（SAS>50分）为29.3%。他们表现为恐惧、害怕、悲观失望、自卑、多疑情绪。说明腹透患者焦虑心理发生率高，因此护理工作者应加强促进此类患者心理支持的护理措施。通过提高腹透患者的心理支持来促进患者健康水平。因此可以看出，焦虑自评量表可以为护士对患者进行心理干预提供有效的依据。

第八节 90项症状量表

90项症状量表（Symptom Checklist，SCL-90）即症状自评量表，又叫做Hopkin's症状清单（Hopkin's Symptom Checklist，HSCL）。HSCL的最早版本编于1954年，称为"不适感量表"（Discomfort Scale，DS）；至1965年，发展为64项的HSCL；20世纪70年代初，Derogatis编制了58项版本（HSCL-58），这是在SCL-90问世前应用和研究得最广泛的版本，至今仍有人应用。后来发现，HSCL-58中恐怖性焦虑、愤怒；敌对的症状项目不足，而且缺乏反映更严重的精神病理症状、偏执观念和精神病性的项目，因此由Derogatis于1973年编制了SCL-90。

SCL-90在国外应用甚广，20世纪80年代引入我国，随即被广泛应用，在各种自评量表中是较受欢迎的一种，本文介绍的中译文本主要是参考1984年王征宇的译稿。

一、评分介绍

（一）评分方法

1. 评定项目和标准

本量表共90个项目，见表4-8-1，包含有较广泛的精神症状学内容，从感觉、情感、思维、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等，均有涉及。每一个项目均采取5级评分制。无：自觉并无该项症状（问题），计1分；轻度：自觉有该项症状，但对受检者并无实际影响，或影响轻微，计2分；中度：自觉有该项症状，对受检者有一定影响，计3分；相当重：自觉常有该项症状，对受检者有相当程度的影响，计4分；严重：自觉该症状的频度和强度都十分严重，对受检者的影响严重，计5分。

所指的"影响"，包括症状所致的痛苦和烦恼，也包括症状造成的心理社会功能损害。"轻"、"中"、"重"的具体定义，则应该由受检者自己去体会，不必做硬性规定。

2. 计分项目和方法

包括6个方面。①单项分：90个项目的各项分值。②总分：90个单项分相加之和。③总均分：总分/90。④阳性项目数：单项分≥2的项目数。表示患者在多少项目中呈现"有症状"。⑤阴性项目数：单项分=1的项目数，表示患者"无症状"的项目有多少。⑥阳性症状平均分：阳性项目总分/阳性项目数；另一计算方法为：（总分－阴性项目数）/阳性项目数。表示患者在所谓阳性项目即"有症状"项目中的平均得分，反映该患者自我感觉不佳的项目其严重程度究竟介于哪个范围。

表 4－8－1　　90 项症状自评量表

填表说明：以下列出了有些人可能会有的问题，请仔细地阅读每一条，然后根据最近一星期以内下述情况影响您的实际感觉，在每个问题后标明该题的程度得分。其中，“没有”选 1，“很轻”选 2，“中等”选 3，“偏重”选 4，“严重”选 5

项　目	没有	很轻	中等	偏重	严重
1 头痛	1	2	3	4	5
2 神经过敏，心中不踏实	1	2	3	4	5
3 头脑中有不必要的想法或字句盘旋	1	2	3	4	5
4 头昏或昏倒	1	2	3	4	5
5 对异性的兴趣减退	1	2	3	4	5
6 对旁人责备求全	1	2	3	4	5
7 感到别人能控制您的思想	1	2	3	4	5
8 责怪别人制造麻烦	1	2	3	4	5
9 忘记性大	1	2	3	4	5
10 担心自己的衣饰整齐及仪态的端正	1	2	3	4	5
11 容易烦恼和激动					
12 胸痛	1	2	3	4	5
13 害怕空旷的场所或街道	1	2	3	4	5
14 感到自己的精力下降，活动减慢	1	2	3	4	5
15 想结束自己的生命	1	2	3	4	5
16 听到旁人听不到的声音	1	2	3	4	5
17 发抖	1	2	3	4	5
18 感到大多数人都不可信任	1	2	3	4	5
19 胃口不好	1	2	3	4	5
20 容易哭泣	1	2	3	4	5
21 同异性相处时感到害羞不自在	1	2	3	4	5
22 感到受骗，中了圈套或有人想抓住自己	1	2	3	4	5
23 无缘无故地突然感到害怕	1	2	3	4	5
24 自己不能控制地大发脾气	1	2	3	4	5
25 怕单独出门	1	2	3	4	5
26 经常责怪自己	1	2	3	4	5
27 腰痛	1	2	3	4	5
28 感到难以完成任务	1	2	3	4	5
29 感到孤独	1	2	3	4	5
30 感到苦闷	1	2	3	4	5
31 过分担忧	1	2	3	4	5

续表 1

项　　目	没有	很轻	中等	偏重	严重
32 对事物不感兴趣	1	2	3	4	5
33 感到害怕	1	2	3	4	5
34 您的感情容易受到伤害	1	2	3	4	5
35 旁人能知道您的私下想法	1	2	3	4	5
36 感到别人不理解您、不同情您	1	2	3	4	5
37 感到人们对您不友好，不喜欢您	1	2	3	4	5
38 做事必须做得很慢以保证做得正确	1	2	3	4	5
39 心跳得很厉害	1	2	3	4	5
40 恶心或胃部不舒服	1	2	3	4	5
41 感到比不上他人	1	2	3	4	5
42 肌肉酸痛	1	2	3	4	5
43 感到有人在监视您、谈论您	1	2	3	4	5
44 难以入睡	1	2	3	4	5
45 做事必须反复检查	1	2	3	4	5
46 难以作出决定	1	2	3	4	5
47 怕乘电车、公共汽车、地铁或火车	1	2	3	4	5
48 呼吸有困难	1	2	3	4	5
49 一阵阵发冷或发热	1	2	3	4	5
50 因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动	1	2	3	4	5
51 脑子变空了	1	2	3	4	5
52 身体发麻或刺痛	1	2	3	4	5
53 喉咙有梗塞感	1	2	3	4	5
54 感到前途没有希望	1	2	3	4	5
55 不能集中注意力	1	2	3	4	5
56 感到身体的某一部分软弱无力	1	2	3	4	5
57 感到紧张或容易紧张	1	2	3	4	5
58 感到手或脚发重	1	2	3	4	5
59 想到死亡的事	1	2	3	4	5
60 吃得太多	1	2	3	4	5
61 当别人看着您或谈论您时感到不自在	1	2	3	4	5
62 有一些不属于您自己的想法	1	2	3	4	5
63 有想打人或伤害他人的冲动	1	2	3	4	5
64 醒得太早	1	2	3	4	5
65 必须反复洗手、点数目或触摸某些东西	1	2	3	4	5

续表 2

项　　目	没有	很轻	中等	偏重	严重
66 睡得不稳不深	1	2	3	4	5
67 有想摔坏或破坏东西的冲动	1	2	3	4	5
68 有一些别人没有的想法或念头	1	2	3	4	5
69 感到对别人神经过敏	1	2	3	4	5
70 在商店或电影院等人多的地方感到不自在	1	2	3	4	5
71 感到任何事情都很困难	1	2	3	4	5
72 一阵阵恐惧或惊恐	1	2	3	4	5
73 感到在公共场合吃东西很不舒服	1	2	3	4	5
74 经常与人争论	1	2	3	4	5
75 单独一个人时精神很紧张	1	2	3	4	5
76 别人对您的成绩没有作出恰当的评价	1	2	3	4	5
77 即使和别人在一起也感到孤单	1	2	3	4	5
78 感到坐立不安心神不定	1	2	3	4	5
79 感到自己没有什么价值	1	2	3	4	5
80 感到熟悉的东西变成陌生或不像是真的	1	2	3	4	5
81 大叫或摔东西	1	2	3	4	5
82 害怕会在公共场合昏倒	1	2	3	4	5
83 感到别人想占您的便宜	1	2	3	4	5
84 为一些有关性的想法而很苦恼	1	2	3	4	5
85 您认为应该因为自己的过错而受到惩罚	1	2	3	4	5
86 感到要很快把事情做完	1	2	3	4	5
87 感到自己的身体有严重问题	1	2	3	4	5
88 从未感到和其他人很亲近	1	2	3	4	5
89 感到自己有罪	1	2	3	4	5
90 感到自己的脑子有毛病	1	2	3	4	5

（二）适用范围及对象

SCL－90 的适用范围颇广，广泛应用于精神科和心理咨询门诊中，作为了解就诊者或受咨询者心理卫生问题的一种评定工具，主要为成年的神经症、适应障碍及其他轻型精神障碍患者。不适合于躁狂症和精神分裂症。

（三）临床应用

该量表内容量大，反映症状丰富，较能准确评估患者自觉症状特点。广泛应用于精神科和心理咨询门诊中，作为了解就诊者或受咨询者心理卫生问题的一种评定工具。国外在综合性医院中，常以 SCL－90 了解躯体疾病患者的精神症状，国内亦有类似报告，并认为结果满意。近年，我国心理卫生工作者已应用 SCL－90 调查不同职业群体心理卫生问题，从不

同侧面反映了各种职业对个体心理健康的影响，应用结果评价颇佳。如阮鹏用 SCL-90 对 246 例慢性萎缩性胃炎患者测查报告显示性别、时辰等对患者的心理都有一定的影响，提示慢性萎缩性胃炎患者的心理症状可能是该病临床常见且难治的一个重要因素。

在开始评定前，先由工作人员把总的评分方法和要求向受检者交代清楚。然后，让他作出独立的、不受任何人影响的自我评定，并用铅笔（便于改正）填写。对于文化程度低的自评者，可由工作人员逐项念给他听，并以中性的、不带任何暗示和偏向方式把问题本身的意思告诉他。一次评定一般约 20 分钟。

二、应用举例

我们以唐群英、乐胜、刘发妹发表的文章“急诊科护士心理健康水平与应对方式调查”[中国实用护理杂志，2009，25（12）：3-5] 为例，说明简易应对方式量表在个体应对方式与身心健康关系评估中的实际应用。

（一）内容介绍

为了调查急诊科护士心理健康水平与应对方式。唐群英等对惠州市区 4 所综合性医院急诊科工作 1 年以上的 78 名护士，应用一般情况调查表、症状自评量表（SCL-90）和简易应对方式量表进行问卷调查，并对结果进行分析。结果发现，急诊护士 SCL-90 各因子分均显著高于健康成人；护士采用积极应对方式显著多于健康成人；急诊科护士的积极应对方式与 SCL-90 总分、躯体化、人际关系、抑郁、焦虑因子呈负相关，消极应对方式与 SCL-90 总分、躯体化、抑郁、焦虑因子均呈显著正相关。

（二）应用解析

该研究应用 SCL-90 测试急诊科护士，发现急诊科护士普遍存在心理健康问题，其中最常见的心理健康问题有躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑，急诊护士心理健康状况差，必须采取有效的措施来保障其心理健康，这与曹杰等的研究相类似。

90 项症状量表（SCL-90）可以与症状自评量表等联合应用于心理测量的研究，能够有效评估被试者的心理健康问题，从而为测试者探寻有效的干预措施提供有效的依据。

第九节　匹茨堡睡眠质量指数量表

匹茨堡睡眠质量指数量表（Pittsburgh Sleep Quality Index，PSQI）是由美国匹茨堡大学医学中心精神科睡眠和生物节律研究中心睡眠专家 Buysse Dj 等人于 1993 年编制，用于评定被试者最近一个月的主观睡眠质量。表中内容由被测验者自己填写，完成此量表需 5～10 分钟。此表已在国内由刘贤臣等进行信度和效度检验，认为适合国内患者应用，并另有应用此表评定失眠患者和睡眠障碍患者睡眠质量的研究报告。

一、评分介绍

（一）评分方法

匹茨堡睡眠质量指数量表是由 19 个自我评定问题和 5 个由睡眠同伴评定的问题组成，见表 4-9-1。表中仅将 19 个自我评定问题计分，19 个自我评定问题构成由0～3 分的 7 个因子，“0”分指没有困难，“3”分指非常困难。所有因子分相加构成匹茨堡睡眠质量指数量

表的总分，总分范围0～21，“0”分指没有困难，“21”分指在所有方面非常困难。得分越高，表示睡眠质量越差。以PSQI总分≤4为睡眠质量好；以PSQI≥8作为判断睡眠质量差的指标。

因子1［主观睡眠质量］

查看问题6，计分如下

反应	计分
非常好	0
尚好	1
不好	2
非常差	3
	因子1计分：

因子2［睡眠潜伏期］

(1) 查看问题2，计分如下

反应	计分
小于15分钟	0
16～30分钟	1
31～60分钟	2
大于60分钟	3
	问题2计分：

(2) 查看问题5a，计分如下

反应	计分
过去1个月没有	0
每周平均不足1个晚上	1
每周平均1～2个晚上	2
每周平均3个或更多晚上	3
	问题5a计分：

(3) 将问题2与问题5a计分

问题2与问题5a总计分：

(4) 将因子2计分如下

问题2与问题5a总计分	计分
0	0
1～2	1
3～4	2
5～6	3
	因子2计分：

因子3［睡眠持续性］

查看问题4，计分如下

反应	计分
小于7小时	0

6～7 小时	1
5～6 小时	2
小于 5 小时	3

因子 3 计分：

因子 4 ［习惯性睡眠效率］

（1）写下问题 4 的实际睡眠时间：

（2）计算实际待在床上的时间：

起床的时间（看问题 3）－上床的时间（看问题 1）＝ 实际待在床上的时间

（3）计算具体睡眠时间：

（实际睡眠时间/待在床上的时间）×100＝习惯性睡眠效率％

（　　/　　）×100＝　　％（这里是上面这个公式的简写）

（4）计算因子 4 计分：

习惯性睡眠效率％	计分
>85％	0
75％～84％	1
65％～74％	2
<65％	3

因子 4 计分：

因子 5 ［睡眠紊乱］

（1）查看问题 5b～5j，将以下每个问题计分如下

反应	计分
过去 1 个月没有	0
每周平均不足 1 个晚上	1
每周平均 1～2 个晚上	2
每周平均 3 个或更多晚上	3

问题 5b 计分：
问题 5c 计分：
问题 5d 计分：
问题 5e 计分：
问题 5f 计分：
问题 5g 计分：
问题 5h 计分：
问题 5i 计分：
问题 5j 计分：

（2）将问题 5b～5j 计分相加

问题 5b～5j 总计分：

（3）计算因子 5 计分如下

问题 5b～5j 总计分	计分
0	0

1～9	1
10～18	2
19～27	3

因子 5 计分：

因子 6［使用睡眠药物］

查看问题 7，将以下每个问题计分如下

反应	计分
过去 1 个月没有	0
每周平均不足 1 个晚上	1
每周平均 1～2 个晚上	2
每周平均 3 个或更多晚上	3

因子 6 计分：

因子 7［白天功能紊乱］

（1）查看问题 8，将以下每个问题计分如下

反应	计分
过去 1 个月没有	0
每周平均不足 1 个晚上	1
每周平均 1～2 个晚上	2
每周平均 3 个或更多晚上	3

问题 8 计分：

（2）查看问题 9，将以下每个问题计分如下

反应	计分
没有困难	0
有一点困难	1
比较困难	2
非常困难	3

问题 9 计分：

（3）将问题 8～9 计分相加

问题 8～9 总计分：

（4）计算因子 7 计分如下

问题 8～9 总计分	计分
0	0
1～2	1
3～4	2
5～6	3

因子 7 计分：

睡眠质量指数量表总计分

将所有因子计分相加　　　PSQI 总计分：

表 4-9-1　　匹茨堡睡眠质量指数量表

姓名________性别________年龄________文化程度________职业________ 评定日期________

第________次评定　　编号（门诊号）____________临床诊断____________________________

填表说明：以下的问题仅与你过去 1 个月的睡眠习惯有关。你应该对过去 1 个月中多数白天和晚上的睡眠情况作精确的回答，请回答所有的问题。

1. 过去 1 个月你通常上床睡觉的时间是　　上床睡觉的时间是________
2. 过去 1 个月你每晚通常要多长时间（分钟）才能入睡　　多少分钟________
3. 过去 1 个月每天早上通常什么时候起床　　起床时间________
4. 过去 1 个月你每晚实际睡眠的时间有多少　　每晚实际睡眠的时间________

从以下每一个问题中选 1 个最符合你的情况作答案，画"√"。

5. 过去 1 个月你是否因为以下问题而经常睡眠不好

(a) 不能在 30 分钟内入睡

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(b) 在晚上睡眠中醒来或早醒

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(c) 晚上有无起床上洗手间

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(d) 不舒服的呼吸

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(e) 大声咳嗽或打鼾声

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(f) 感到寒冷

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(g) 感到太热

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(h) 做不好的梦

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(i) 出现疼痛

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

(j) 其他原因，请描述

过去 1 个月你是否因以上原因出现睡眠不好

过去 1 个月没有________每周平均不足 1 个晚上________每周平均 1～2 个晚上________每周平均 3 个或更多晚上________

6. 你对过去1个月总睡眠评分

非常好________尚好________不好________非常差________

7. 过去1个月你是否经常要服药（包括从医生处方或者在外面药店购买）才能入睡

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

8. 过去1个月你在开车、吃饭或参加社会活动时难以保持清醒状态

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

9. 过去1个月你在积极完成事情上是否有困难

没有困难________有一点困难________比较困难________非常困难________

10. 你是与人同睡一床（睡觉同伴，包括配偶等）或有室友

没有与人同睡一床或有室友______同伴或室友在另外房间______同伴在同一房间但不睡同床______同伴在同一床上______

如果你是与人同睡一床或有室友，请询问他（她）你在过去1个月是否出现以下情况

(a) 在你睡觉时，有无大鼾声

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

(b) 在你睡觉时，呼吸之间有没有长时间停顿

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

(c) 在你睡觉时，你的腿是否有抽动或者有痉挛

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

(d) 在你睡觉时是否出现不能辨认方向或混乱状态

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

(e) 在你睡觉时你是否有其他睡不安宁的情况，请描述________

过去1个月没有________每周平均不足1个晚上________每周平均1～2个晚上________每周平均3个或更多晚上________

（二）适用范围及对象

该量表适用于睡眠障碍患者、精神障碍患者评价睡眠质量，同时也适用于一般人睡眠质量的评估。

（三）临床应用

匹茨堡睡眠质量指数量表用于评定被试者最近一个月的睡眠质量，同时也可以用作睡眠障碍干预后的效果评价。如李茹等用匹茨堡睡眠质量指数量表来了解和分析392名军校学生的睡眠状况，结果显示学生的睡眠质量欠佳，应引起管理者的注意。又如徐鑫芬等用匹茨堡睡眠质量指数量表来评定中药足浴后妇科手术患者的睡眠质量改善状况。

二、应用举例

我们以傅红梅、姜华、顾立铭发表的文章“精神科医护人员睡眠质量与心理健康状况的关系”［中国行为医学科学，2005，14（4）：362－363］为例，说明匹茨堡睡眠质量指数量

表在睡眠质量评定中的实际应用。

（一）*内容介绍*

为了了解精神科医护人员睡眠质量与心理状况的关系，傅红梅等运用匹茨堡睡眠质量指数量表（PSQI）和症状自评量表（SCL－90），对浦东新区精神卫生中心的86名临床医护人员的睡眠质量及其心理状况进行调查。结果发现精神科医护人员PSQI总分为（5.63±4.12)分，有54.65％的精神科医护人员存在睡眠质量问题，22.09％的医护人员睡眠质量较差。精神科组PSQI睡眠效率因子分、睡眠障碍因子分显著高于内科组。除入睡时间外，PSQI各成分与SCL－90各因子及总分呈正相关关系。

（二）*应用解析*

傅红梅的研究发现：精神科医护人员睡眠质量相对较差，同时睡眠质量与心理健康状况可以互相影响。对精神科医护人员进行适当睡眠健康教育，鼓励建立良好的人际关系，学会在紧张的工作中放松心情有助于睡眠质量的提高，并能促进心理健康。匹茨堡睡眠质量指数量表能够有效评估被试者的睡眠质量，并为测试者探讨相关的干预措施提供有效的依据，同时也可以作为干预后的效果评价工具。目前，睡眠质量问题也已成为护士群体的普遍问题，国内文献中尚未见有护理人群睡眠质量的调查，通过这样相关调查有助于我们更好地关注护士，从而实施更多的解决办法。

第十节　工作能力指数量表

工作能力指数（Work Ability Index，WAI）量表，是芬兰职业卫生研究所通过对芬兰6000多名中老年职工开展的多学科研究基础上研制出来的工作能力自评量表。调查时，要求对象首先根据对一系列有关工作的体力和脑力要求、本人健康及心理资源状况填写问卷，然后，在卫生工作人员与其交谈过程中，对填写不完善处进行补遗，并根据评分标准进行判断、分级。我国自1994年起开始应用WAI方法对在职职工进行了工作能力测量。

一、评分介绍

（一）*评分方法*

该量表综合了与劳动者工作能力表现密切的7项内容：①主观的工作能力评价（0～10分），即假设调查对象本人一生中最好的工作能力为10分，自认为现在的工作能力应是几分。②与工作对体力和脑力需求有关的现职工作能力（2～10分）。③现患疾病情况（1～7分）。④疾病对工作的影响（1～6分）。⑤缺勤情况（1～5分）。⑥对以后工作能力的预测（1～7分）。⑦心理健康状态（1～4分），见表4－10－1。总分为7～49分，分值越高表示工作能力越强。根据WAI分值的平均数减去1倍的标准差为分界值（一般采用的分界值为34分），WAI测量值＜34分代表工作能力减退，≥34分代表工作能力正常。

表4－10－1　　工作能力指数调查表

填表说明：请仔细填写这份表格并回答每个问题。在你认为最能反映你的意见的位置上画圈或写在空格里。

姓名________职业和工种________日期年月日________工作单位________________

您的工作要求是什么？　体力　1；　脑力　2；　体力和脑力混合　3

1. 背景

性别　男　1；　女　2

出生________年________月________日

1.1 婚姻状况

未婚　1　已婚　2　离婚　3　丧偶　4

1.2 职业培训

上班前的职业课程（至少4个月）　1　其他职业课程（至少4个月）　2　职业（中专或技校）学校　3　大学　4　其他培训____________　5

1.3 文化程度

小学　1　初中　2　高中或中专　3　大专及以上　4

1.4 业余爱好（可选1个以上）

文学　1　音乐　2　体育　3　影视　4　棋牌麻将　5　其他　6

1.5 体育锻炼

≥3次/周及以上　4　2次/周　3　1次/周　2　0次/周　1

1.6 经济状况（平均月收入）

小于500元　1　500～1000元　2　1000～1500元　3　1500～2000元　4　大于2000元　5

2. 工作能力指数

2.1 目前的工作能力

与身体状况最好的时候相比，假设你工作能力最好的时候评分为10分，你给你目前的工作能力打几分？0；1；2；3；4；5；6；7；8；9；10（完全不能工作到工作能力最好）

2.2 工作能力与工作要求的关系

你认为你目前工作能力适应所从事工作的体力要求状况？

非常好　5　比较好　4　中等　3　比较差　2　非常差　1

从事工作的脑力要求状况？

非常好　5　比较好　4　中等　3　比较差　2　非常差　1

2.3 目前所患疾病的情况　下列选择中选出你目前疾病或损伤。自己感觉的选2，医生诊断的选1，没有则不选。

	自己感觉	医生诊断
●在事故中受伤		
01 腰部	2	1
02 手或胳膊	2	1
03 腿或脚	2	1
04 身体其他部位受伤	2	1
●肌肉骨骼疾病		
05 上背部或颈椎反复发作的疼痛	2	1
06 腰部反复发作疼痛	2	1
07（坐骨神经）痛，一种从腰部放射至腿的疼痛	2	1
08 影响到四肢（手、脚）的反复发作的疼痛	2	1
09 风湿性关节炎	2	1
10 其他肌肉骨骼疾病____________	2	1
●心血管疾病		
11 高血压	2	1
12 冠心病，锻炼时胸痛	2	1
13 冠脉血栓，心肌梗死	2	1

14 心肌功能不全	2	1
15 其他心血管疾病＿＿＿＿＿＿	2	1
●呼吸系统疾病		
16 反复的上呼吸道感染，例如：感冒、扁桃体炎、急性鼻窦炎、急性支气管炎	2	1
17 慢性支气管炎	2	1
18 慢性鼻窦炎	2	1
19 支气管哮喘	2	1
20 肺气肿	2	1
21 肺结核	2	1
22 其他呼吸系统疾病＿＿＿＿＿＿	2	1
●心理健康问题		
23 心理疾病和严重的心理健康问题（如压抑、严重心理障碍）	2	1
24 轻微的心理失调（轻度的压抑、紧张、焦虑、失眠）	2	1
●神经和感觉器官疾病		
25 听力的损失	2	1
26 视觉的损害（不包括屈光不正，如近视）	2	1
27 神经系统疾病（如中风，神经痛，偏头痛，癫痫）	2	1
28 其他神经和感觉器官疾病＿＿＿＿＿＿	2	1
●消化器官疾病		
29 胆结石或胆囊疾病	2	1
30 肝脏或胰脏疾病	2	1
31 胃或十二指肠溃疡	2	1
32 胃炎或十二指肠炎	2	1
33 结肠激惹或结肠炎	2	1
34 其他消化系统疾病＿＿＿＿＿＿	2	1
●生殖泌尿器官疾病		
35 尿道感染	2	1
36 肾脏疾病	2	1
37 生殖器官疾病（如女子输卵管感染或男子前列腺感染）	2	1
38 其他生殖泌尿系统疾病＿＿＿＿＿＿	2	1
●皮肤病		
39 过敏性皮疹或红斑	2	1
40 其他皮疹＿＿＿＿＿＿	2	1
41 其他皮肤病＿＿＿＿＿＿	2	1
●肿瘤		
42 良性肿瘤	2	1
43 恶性肿瘤（癌症）部位＿＿＿＿＿＿	2	1
●内分泌和代谢系统疾病		
44 肥胖	2	1
45 糖尿病	2	1
46 甲状腺肿瘤或其他甲状腺疾病	2	1
47 其他内分泌和代谢性疾病＿＿＿＿＿＿	2	1

●血液病和出生缺陷

48 贫血	2	1
49 其他血液异常___________	2	1
50 先天性缺陷___________	2	1
51 其他疾病___________		

2.4 由于疾病而造成对工作影响你的疾病或损伤对目前工作有妨碍吗？可做以下选择

●没有妨碍或没有疾病 6

●能坚持工作，但有时会引起一些症状 5

●有时必须放慢工作节奏或改变工作方式 4

●经常必须放慢工作节奏和改变工作方式 3

●由于疼痛只能干一会儿工作 2

●依我感觉根本不能工作 1

2.5 在过去一年因病缺勤情况 过去一年（12 个月）因健康关系一共缺勤多少天？

没有 5 最多 9 天 4 10～24 天 3 25～99 天 2 100 天以上 1

2.6 从现在起对 2 年后工作能力预测 以你目前健康状况，2 年后你能胜任现在的工作吗？

不能 1 不能肯定 4 绝对能 7

2.7 心理资源

●近来日常活动能保持愉快

经常能 4 比较经常能 3 有时能 2 很少能 1 从来不能 0

●近来很活跃且能注意力集中

一直能 4 比较经常能 3 有时能 2 很少能 1 从来不能 0

●近来自己对未来充满希望

一直是 4 比较经常是 3 有时是 2 很少是 1 从来没有 0

3. 工作能力指数表的计算方法

条目问题数得分计算

3.1 目前工作能力与身体状况最好时候比较 0～10 分

3.2 工作能力与工作要求的关系

体力劳动者得分＝体力要求得分×1.5＋脑力要求得分×0.5

脑力劳动者得分＝体力要求得分×0.5＋脑力要求得分×1.5

体力脑力混合劳动者得分＝体力要求得分＋ 脑力要求得分

3.3 经医生诊断目前所患疾病数 大于 5 种疾病得 1 分（包括 51 种疾病） 4 种疾病得 2 分 3 种疾病得 3 分 2 种疾病得 4 分 1 种疾病得 5 分 没有疾病得 7 分

3.4 估计由于疾病而造成对工作影响 1～6 分（按所选择分数最小的为准）

3.5 在过去一年因病缺勤情况 1～5 分

3.6 从现在起对自己 2 年内的工作能力预测 1，4 或 7 分

3.7 心理资源根据 3 个条目总分计算（这部分应参照量表 2.7 的内容）

（注：包括工作和休闲时总情况）

总和 0～3＝1 分

总和 4～6＝2 分

总和 7～9＝3 分

总和 10～12＝4 分

（二）适用范围及对象

该量表适用于工作人员工作能力的评定。

（三）临床应用

WAI 量表经过了信度和效度的测定，完全符合量表的信度和效度的要求，是判断一个人是否能够继续胜任其工作的一种调查测试工具，为评价在职职工的工作能力提供了较有效的评价方法。如宋振兰等利用工作能力指数量表和职业紧张量表对 61 名护士长进行问卷调查来探讨护士长工作能力与职业紧张的相关性，发现护士长工作能力的高低直接影响到医院管理质量的优劣和护理水平的好坏。提示医疗机构应尽量减少职业紧张危害因素，以增强护士长的身心健康，提高其工作能力。

二、应用举例

我们以张静、杜彦玲、黄求进［中华现代护理杂志，2009，15（31）：3－5］发表的文章“560 名护士工作能力及其影响因素分析”为例，说明工作能力指数量表在护士工作能力水平调查中的实际应用。

（一）内容介绍

为了调查护士的工作能力状况并探讨其影响因素，张静等采用工作能力指数和职业紧张量表对 560 名临床护士进行问卷调查。结果发现护士的工作能力平均得分为（38.327±6.213）分；应对资源与工作能力呈正相关关系，职业任务、紧张反应与工作能力呈负相关关系；工作能力下降的危险因素为婚姻、年龄、任务模糊、工作环境、心理紧张反应和理性处理。

（二）应用解析

研究结果显示，大部分护士具有较好的工作能力，工作能力的影响因素为婚姻、年龄、任务模糊、工作环境、心理紧张反应和理性处理。护士工作中承受着护患矛盾日益激烈、工作量大、频繁倒班等紧张因素，持续过度紧张会导致工作能力下降，并影响其身心健康和工作效率。因此，护理管理者应明确工作任务，改善工作环境，加强护士对紧张的应变能力的督促及指导工作，降低心理紧张因素，保护和提高护士的工作能力。

护理工作是高度紧张职业，因此通过科学地判定护士的工作能力，探讨工作能力和职业紧张的关系，发现护士工作能力下降的危险因素，以便为进一步实施针对性的保护和促进护士工作能力的干预措施，保证患者得到最佳的护理，提高临床护理质量提供科学依据，而该量表就是一个科学判定护士工作能力的有效工具。

第十一节　中国注册护士核心能力量表

核心能力是通过一定的时间积累所获得的技术水平和临床经验。不同个体的护士，核心能力水平也不尽相同。如何准确评价护士核心能力的水平并根据专业特点合理培训临床护士，使之具有符合临床要求的工作能力，是目前我国众多护理管理者和护理教育者关注的焦点问题。我国护士核心能力评价主要有按年资划分临床护士核心能力和通过卫生部职称考核的方法来界定护士核心能力等两种方法。直到 2003 年，刘明等以国际护士协会（International Council of Nurses，ICN）通科护士核心能力概念和框架为基础进行质性研究后，提出我国护士核心能力的框架。指出护士能力是知识、技能和态度的有机结合，其核心能力具

体体现在临床护理、伦理与法律、专业发展、教育与咨询、评判性思维、领导、人际关系和科研 8 个方面。这是我国目前唯一既参照了国际标准又融入了中国特色的概念和理论框架，也是在我国首个以“中国注册护士能力架构”为理论基础，自行编制的测量注册护士核心能力的量表。

一、评分介绍

（一）评分方法

《中国注册护士核心能力量表》（Competency Inventory for Registered Nurse，CIRN）由 7 个维度、58 个条目组成，见表 4－11－1。7 个维度分别是：评判性思维/科研能力（10 个条目，在量表中的题目号为 1，7，15，17，22，25，44，49，54，58）；临床护理（9 个条目，在量表中的题目号为 3，5，9，12，16，21，26，28，29）；领导能力（10 个条目，在量表中的题目号为 2，14，30，34，35，38，41，45，50，51）；人际关系（8 个条目，在量表中的题目号为 4，13，19，23，24，32，36，37）；伦理/法律实践（8 个条目，在量表中的题目号为 10，11，27，33，39，46，47，52）；专业发展（6 个条目，在量表中的题目号为 6，31，40，53，55，56）；教育/咨询（7 个条目，在量表中的题目号为 8，18，20，42，43，48，57）。该量表总体信度 Cronbach's α 仅为 0.89，7 个维度 Cronbach's α 为 0.79～0.86，两周间隔重测信度 Pearson's r 为 0.83，效标关联效度为 $r=0.44$，$p=0.04$，结构效度 $P<0.01$。

护士核心能力评价包括自我评价和他人评价两种方式，量表采用李科特 5 点计分法（0＝没有能力；1＝有一点能力；2＝有一些能力；3＝有足够的能力；4＝很有能力）的评价方式。分数区间为 0～232 分。被测试者如果总分得分较高，说明具有较高且全面的护士核心能力；如果在单个维度的得分较高，说明该护士在相应维度上具有较高的能力。

表 4－11－1　中国注册护士核心能力量表

填表说明：本量表包括 58 个条目。请认真阅读每一个条目，并决定该陈述对您适用的程度或发生的频率。按照下面的频率分数在相应条目后面的空格内画“√”（0＝没有能力；1＝有一点能力；2＝有一些能力；3＝有足够的能力；4＝很有能力）。您可能觉得更愿意在一个比较隐私的地方填写此表，答案没有“对”或“错”，因此请您务必尽可能真实回答每一个项目

	项　目	0	1	2	3	4
1	在紧急情况下，能分析和确定出首要危机					
2	促进同事间的合作与信任并坦率交换个人思想					
3	全面评估护理服务对象的身、心、社会及精神方面的健康状态					
4	需要时，表现出乐意分担他人工作负担的愿望					
5	确定患者最迫切的需求并将其纳入护理计划中					
6	了解有关医疗卫生系统的新动态和信息					
7	综合分析不同来源的资料					
8	对护士及其他工作人员提供咨询					
9	合理利用先进的设施改进护理服务					

续表 1

	项　　目	0	1	2	3	4
10	尊重患者或委托人的隐私权					
11	依照护理实践法律条文履行护理职责					
12	按照护理计划实施精确、安全、全面和有效的护理					
13	为满足患者的需要与健康队伍中的其他人员进行协调和合作					
14	以积极的方式解决矛盾冲突					
15	试图寻找多种方法来解决问题					
16	提供多元文化护理服务					
17	用实践经验及自己的知识评判他人所提出的理论					
18	指导和帮助新入职护士适应新的工作环境					
19	清楚地口头表达事实、思想观点和看法					
20	确定他人的学习需求（包括患者、家属和新入职护士）					
21	根据第一和第二手资料制订护理计划					
22	做出有根据和经过良好判断的临床决定					
23	书面表达条理清楚，文字恰当					
24	认可个人或群体信仰和文化习俗的差异					
25	用多种方法查找相关研究资料					
26	鼓励患者及家属参与制订和执行护理计划					
27	对自己的工作负责任					
28	仔细监测和记录患者的病情进展					
29	对家属提供情感上的支持					
30	认同他人的付出和所取得的成绩					
31	展现出个人发展方向					
32	根据他人行动适当调整个人行动					
33	在护理实践中尊重服务对象的自我选择和决定的权利					
34	根据对他人能力的评估而委任相应的任务					
35	起着一个改革者的作用将新的理论与实践相结合					
36	以信守诺言、敢于承担责任的行为与他人建立相互信任关系					
37	以建设性的态度表达不同意见					
38	确认和理解他人的优缺点					
39	根据法律要求和组织机构政策开展护理实践活动					
40	明确专业组织（如护理学会等）的作用，并积极参与					
41	重要事情行动之前获得集体赞同					
42	拟定适当的新入职护士的职前培训计划					
43	采用合适的患者及家属教育策略					

续表 2

	项　　目	0	1	2	3	4
44	将相关的研究结果运用于护理实践					
45	工作中创造团队合作气氛					
46	维护患者医疗、护理数据的机密性和安全性					
47	维护患者或群体的权利					
48	指导新入职护士满足其个人及专业发展需求					
49	在护理实践中能以科学知识原则分辨是非					
50	协调护理与相关人员（患者/家属、医生、卫生技术人员等）之间的关系					
51	接受并采用建设性的批评和建议					
52	监督并报告医疗护理实践的渎职行为					
53	明确自己的学习需求					
54	全面、准确地分析临床资料					
55	意识到自己的长处和局限性					
56	把握个人及专业发展的学习机会以提升个人能力					
57	随时向患者提供健康教育					
58	协助临床研究资料收集					

（二）适用范围及对象

该量表适用于对护士核心能力的评价。

（三）临床应用

护士核心能力评价量表具有良好的信度和效度，能够准确评价护士核心能力水平并为管理者根据专业特点合理培训临床护士，使之具有符合临床要求的工作能力，为评价护士核心能力提供了有效的依据。如吴菲等用中国注册护士核心能力量表对注册护士进行问卷调查来比较不同教育程度护士核心能力的水平与特点，为岗位安排和护理管理提供有效的依据。

二、应用举例

我们以吴菲、叶茂、代颖等发表的文章“不同工作年限护士核心能力现状调查与分析”［中国实用护理杂志，2010，26（7）：15－17］为例，说明中国注册护士核心能力量表在护理工作中的实际应用。

（一）内容介绍

为了了解辽宁省三级甲等医院临床护士核心能力现状，比较不同工作年限护士核心能力的水平与特点，并为制订针对性培训计划提供依据。吴菲等采用刘明等编制的《中国注册护士核心能力量表》对注册护士进行问卷调查，并对结果进行分析。结果发现护士核心能力总分（174.11±31.89）分；其中，工作 16～20 年护士核心能力得分最高，工作 1～5 年得分最低。不同工作年限护士核心能力不同维度及总分间比较差异显著。辽宁省三级甲等医院临

床护士核心能力处于中上水平，有足够的能力胜任临床护理工作。伴随工作年限的增长，大多数护士核心能力逐渐加强。

（二）应用解析

根据测试量表的评分标准，本次调查发现辽宁省5所三级甲等医院（简称三甲医院）护士核心能力处于中上水平，她们有足够的能力胜任临床工作。目前，我国的管理者也开始注重监管和培养护士的核心能力。准确、适时地对护士进行核心能力的评价，合理地进行人力资源配置，针对薄弱环节开展在职教育将是临床护理发展的坚实基础。科学的能力评价是评估临床护士学习的需要，为教学策略讨论，训练项目评价的重要客观依据。因此，护士核心能力量表的使用可以为管理者对护士的管理提供有效的依据，同时也为护士的招聘、考核、体检提供了一个评定标准。

第十二节　护士工作满意度量表

护士临床常用的工作满意度量表包括工作描述指数（the Job Descriptive Index，JDI），明尼苏达满意度问卷（Minnesota Satisfaction Questionnaire，MSQ），卡劳斯克/米勒满意度量表（the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale，MMSS），工作满意度测量量表（Measure of Job Satisfaction，MJS），护士满意度量表（the Nurse Satisfaction Scale，NSS），米斯纳开业护士工作满意度量表（the Misener Nurse Practitioner Job Satisfaction Scale，MNPJSS）等，JDI和MSQ虽为使用频率较高的量表，但测量护士工作满意度的针对性不强；后4种则是针对护士群体的专用量表。NSS适用于护士整体，MMSS主要针对临床护士，MJS是针对社区护士，MNJPSS的适用人群为开业护士。本节主要介绍临床护士常用的MMSS。

美国学者McCloskay在Maslow和Bums的理论基础上于1974年创建了卡劳斯克/米勒满意度量表（the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale，MMSS），是包括安全回报、社会回报和心理回报3个方面的内容。1990年Mueller和McCloskey对此进行修订，使其发展为MMSS量表。

MMSS量表自形成以来在国际范围内得到广泛应用。在多个国家如美国、加拿大、约旦、巴基斯坦、澳大利亚和新西兰及中国的应用中都被证实有很好的信效度。因此，卡劳斯克/米勒满意度量表（MMSS）是目前测量临床护士工作满意度的最常用工具。

一、评分介绍

（一）评分方法

卡劳斯克/米勒满意度量表（MMSS）包括8个方面的满意度调查：福利待遇（包括3个条目）、排班（包括6个条目）、工作与家庭的平衡（包括3个条目）、与同事的关系（包括2个条目）、互动机会（包括4个条目）、职业机会（包括4个条目）、被表扬和认可（包括4个条目）、控制与责任（包括5个条目）共31项，按Likert 5级评分法评分，从非常满意5分到非常不满意1分，见表4-12-1。

表 4-12-1　　卡劳斯克/米勒满意度量表

填表说明：你对你的工作的以下方面的满意度如何？请在相应数字前面画“√”（单选）
（5=非常满意，4=比较满意，3=既不是满意，也不是不满意，2=不太满意，1=非常不满意）

	1	2	3	4	5
1. 工资					
2. 假期					
3. 相关福利（保险、退休金）					
4. 每天工作时间					
5. 工作中对时间任务灵活安排					
6. 上常白班的机会					
7. 做兼职工作的机会					
8. 每月周末休息机会					
9. 安排周末休息的灵活性					
10. 对周末上班的补偿					
11. 产假时间					
12. 看护自己孩子的精力					
13. 对上司的满意程度					
14. 同你一起工作的护士同事们					
15. 同你一起工作的医生					
16. 目前采用的护理模式					
17. 工作中接触社会的机会					
18. 工作之余与同事进行社交的机会					
19. 能对其他专业（非护理）有较多的付出					
20. 与护理学院教师交流的机会					
21. 参加某种协会或团体的机会					
22. 你对工作进程的控制					
23. 职业发展的机会					
24. 上司对你的工作的认可程度					
25. 同事对你工作的认可					
26. 受到鼓励和积极反馈的次数					
27. 参加护理科研的机会					
28. 撰写并发表文章的机会					
29. 对承担责任的大小					
30. 你对工作环境的控制					
31. 你在组织中参与做出决定的程度					

（二）适用范围及对象

卡劳斯克/米勒满意度量表（MMSS）适用于临床护士工作满意度的调查。

（三）临床应用

MMSS量表是用于测评临床护士工作满意度的专用量表，能够有效评估护士的工作满意度，为管理者采取措施提高护士工作满意度提供有效的依据。如唐吉荣等为探讨护士生命质量与工作满意度的相关性，采用MMSS量表对606名护士进行调查研究，结果显示护士的生活质量、工作满意度不容乐观，建议针对不同群体采取不同措施来改善和提高护士的工作满意度，从而改善护士的职业生命质量，并为患者提供优质服务。

二、应用举例

我们以赵光红等发表的文章"护士工作满意度及其影响因素的调查分析"[中国实用护理杂志，2008，24（12）：6-8]为例，说明MMSS在护士工作满意度评定中的实际应用。

（一）内容介绍

为了探讨护士工作满意度的现况和影响因素，分析不同背景资料的护士工作满意度的差异，赵红光等采用McCloskey/Mueller（MMSS）满意度量表，对某综合型大医院的398名护士进行问卷调查。结果显示护士的总体工作满意度处于中等偏低水平，得分为（3.12±0.46)分；不同背景护士在不同维度上的满意度有很大差异。

（二）应用解析

该研究调查发现护士总体工作满意度水平不高，处于中等偏低水平，表明所调查医院的护士对其工作并不是很满意。不满意的因素主要集中在福利待遇、工作与家庭间平衡、专业发展与个人发展机会3个方面。所以提醒医院管理部门应采取积极措施，提高护理人员的工作满意度，使其为患者提供更优质、有效的护理服务。

护士工作满意度的高低与护理工作质量、患者的满意度及护士的流失密切相关。因此作为影响护理行业稳定性和护理质量提高的重要因素，护士工作满意度应引起医院管理人员的重视。

第十三节　护士职业价值观量表

从20世纪70年代以来，Heidgerken、Garvin、Bloomquist、Eddy等人先后对护士职业价值观的测量进行了研究，并设计出相关调查表和专业护理行为测量表。Weis等在此基础上以美国护理学会伦理准则（Code of Ethics of the American Nurse Association）作为理论依据，设计并验证了适用于测量护理专业学生和在职护理人员的护士职业价值观量表(Nursing Profession Values Scale，NPVS）（37个条目、8个维度），研究结果显示该量表的信度、效度均比较好，说明了该量表是测量护士职业价值观的有用工具。Pam Martinl. SusanYarbrough2，Danita Alfred3通过便利抽样（with a convenience sample）应用NPVS调查了1450名毕业护生的职业价值观，应用描述性和对比性统计学方法进行了资料的分析，研究结果显示，毕业护生的职业价值观与性别和种族呈显著的相关性，但与教育背景无关。在此基础上，Darlene Weis和Mary Jane Schank于2004年又对该量表的条目和维度进行修订，形成护士职业价值观量表-修订版（NPVS-R 26个条目、4个维度），研究结

果显示：护士职业价值观量表的4个因素（维度）被证实，总变异度为56.5%，Cronbach's α系数是从73到87，两个主要的变异度较大的因素是“照顾的提供”和“行动主义”，结果显示NPVS-R有较高的信度和效度，是测量护士职业价值观的有效工具。国内陈天艳等对该量表做了较为详细的研究，提示该量表的中文版适合在中国人群中使用。本文将向大家详细介绍NPVS-R量表的使用。

一、评分介绍

（一）评分方法

该量表由3部分组成，见表4-13-1。第一部分是卷首语，以文字的形式表达清楚本次调查的目的、内容、填写问卷的要求及注意事项。第二部分是调查护士的人口统计学资料，包括职称、学历、年龄、类型（招聘或正式）。第三部分是护士职业价值观量表修订表，26个条目，4个维度，包括“照顾提供”（10个条目）、“行动主义”（8个条目）、“责任、自由、安全”（5个条目）、“信任”（3个条目），共26个条目，每个条目均采用Likert-5点计分，均是正向计分，从“不重要、有点重要、重要、非常重要、最重要”分别计1、2、3、4、5分，得分越高表明对该条目的职业价值观的认同越高。

表4-13-1　护士职业价值观量表

填表说明：以下为反映护士职业价值观的26个条目，对其重要性程度分为5等，从“不重要”、“有点重要”、“重要”、“非常重要”、“最重要”分别给予1、2、3、4、5分，请根据你对每一条目的重要性程度的判断，钩选出一个最适当的答案

项　目	不重要	有点重要	重要	非常重要	最重要
1 进行持续的自我评估	1	2	3	4	5
2 当不能满足患者需求时请求咨询或合作	1	2	3	4	5
3 维护公众的健康和安全	1	2	3	4	5
4 参加影响资源分配的公共决策	1	2	3	4	5
5 参与同事之间的评估活动	1	2	3	4	5
6 建立指导临床实践的标准	1	2	3	4	5
7 在进行计划好的学生的学习活动时促进并维持教学标准	1	2	3	4	5
8 发起行动以改善护理实践的环境	1	2	3	4	5
9 寻求其他教育途径或不断地学习以更新知识或技能	1	2	3	4	5
10 通过积极参与健康相关活动来促进护理职业或专业的发展	1	2	3	4	5
11 认可或认识到护理学会在形成健康保健政策方面的作用	1	2	3	4	5
12 促进在接受护理和健康保健方面的平等机会	1	2	3	4	5
13 承担满足不同文化背景人口健康需求的责任	1	2	3	4	5

续表

项目		不重要	有点重要	重要	非常重要	最重要
14	为自己的护理实践行为承担责任和义务	1	2	3	4	5
15	保持所从事专业的实践或临床工作能力	1	2	3	4	5
16	维护患者的道德尊严和法定权利	1	2	3	4	5
17	拒绝参与违背自己专业价值观伦理要求的护理工作	1	2	3	4	5
18	做患者的代言人，扮演作为患者倡导者的角色	1	2	3	4	5
19	参与护理研究，并将研究成果应用于相应的护理实践	1	2	3	4	5
20	对采取不同生活方式的患者提供一视同仁或者不带偏见的护理	1	2	3	4	5
21	维护患者的隐私权	1	2	3	4	5
22	反对或勇于指正采取不可取的或不适当的护理行为的护理人员	1	2	3	4	5
23	在研究中能保护患者的权利	1	2	3	4	5
24	按照忠诚和尊重人的原则进行护理	1	2	3	4	5
25	保持患者对医护人员的信任	1	2	3	4	5
26	参加护理学会的各种活动	1	2	3	4	5

（二）适用范围及对象

该量表适用于对护士职业价值观的测评。

（三）临床应用

护士职业价值观能够知道专业成员的决策和行为，是护理人员提供高质量护理服务的基石，因此树立正确的职业价值观对护理人员十分重要，而护士职业价值观量表是一个测量的有效工具，它可以有效评价护理人员的职业价值观以及影响其发展的相关因素，如邵静等通过利用该量表对 204 名精神科护理人员进行调查研究发现，学历、岗位和乐事是影响精神科护士职业价值观的重要因素，该研究结果可为管理者根据护士对职业价值观的不同认识来进行合理的人力资源管理。

二、应用举例

我们以王晓蕾发表的文章“在校高年级护理本科生职业价值观现状调查”[护理学杂志，2010，25（2）：15－17] 为例，说明护士职业价值观量表在调查护理人员职业价值观中的实际应用。

（一）内容介绍

为了了解在校高年级护理本科生职业价值观现状，分析存在问题，为护理教育者引导护理本科生树立正确专业价值观提供依据。该文作者采用一般情况调查表及护士职业价值观量

表对 94 名大三护理本科生进行调查。评分结果发现护理本科生具有正性的职业价值观，各维度得分由高到低分别是信任、责任、自由、安全、照顾提供、行动主义；自我在校成绩评价不同的护理本科生责任自由安全评分存在差异；对护理专业不同喜爱程度的护理本科生行动主义评分存在差异。

（二）应用解析

通过作者的调查发现，护理本科生具有正性的护理职业价值观，但在角色定位教育方面尚需培养和强化，这就需要护理教育者加强对护生的职业价值观教育，引导其热爱护理专业，以积极的心态、正确的价值观去迎接未来护理工作的挑战。同时也提醒我们职业价值观的发展需要教育和医疗服务部门的支持和帮助，只有将护理实践和职业价值观相互结合起来，才能提高护理质量，体现模范的高级护理服务。

第十四节　中国护士工作压力源量表

压力源又称应激源，是指能够引起压力反应、干扰人体恒定状态的所有内外环境的变化，护理工作中的压力源既可来自护士本身也可来自工作环境，工作人员本身压力的产生是由于个体的性格、个人家庭的矛盾或个体的适应能力而引起的。轻度的压力确实能提高人们的工作业绩、体内应激反应以应付短期内的压力，身体并没有明显的迹象，持续高水平压力是有害的，易导致慢性疲劳综合征。据国外学者统计，慢性疲劳综合征的发病率为 75/10 万～267/10 万，而护士该病的发病率约为 1088/10 万。目前，国内比较常用的对临床护士压力源的研究量表多采用李小妹等参照国外最常用的 2 个护士工作压力源量表（美国护理心理学家 Grey Toftt 与 Anerson 的护理工作压力量表，英国护理学家 Wheeler 和 Riding 的护士工作压力源量表），并结合中国的国情重新设计并请教美国、泰国及中国的护理专家修订的中国护士压力源量表。该量表信度较高，已被广泛使用，能较好地测量出临床护士的压力源。

一、评分介绍

（一）评分方法

中国护士工作压力源量表由 34 个条目组成，分为：①护理专业及工作方面（7 个条目），如护理工作社会地位低、继续深造的机会太少、经常倒班、工作中的自主性太少、工作分工不明确等。②工作量及时间分配方面（5 个条目），如工作量太大、上班的护士太少、书面工作太多、非护理性工作多、没有时间对患者进行心理护理。③工作环境及资源方面（3 个条目），如工作环境差、工作中所需的仪器设备不足等。④患者护理方面（10 个条目），如担心工作中出现差错事故、护士工作未被患者及家属承认、患者要求太高或太过分、患者不合作、所学知识不能满足患者及家属提出的要求、缺乏对患者进行教育的相关知识等。⑤管理及人际关系方面（9 个条目），如缺乏其他卫生工作人员的理解及尊重、护理管理者的理解和支持不够、护理管理者的批评过多、医生对护理工作过分挑剔、同科室护士之间缺乏理解与支持、与护理管理者发生冲突、与医生发生冲突等。问卷采用 1～4 级进行评分，1＝没有压力，2＝压力一般，3＝压力较高，4＝压力非常高，总分 34～136 分，得分越高表明压力的程度越大，见表 4－14－1。

表 4-14-1 中国护士职业压力源量表

填表说明：请根据你对每一条目的感觉程度的判断，勾选出一个最适当的答案。1=没有这种感觉，2=这种感觉一般，3=这种感觉较强，4=这种感觉非常强

1	工作的社会地位低	1	2	3	4
2	继续深造的机会太少	1	2	3	4
3	工作收入低	1	2	3	4
4	晋升的机会太少	1	2	3	4
5	经常倒班	1	2	3	4
6	工作中的自主性太少	1	2	3	4
7	工作分工不明确	1	2	3	4
8	护士的工作量太大	1	2	3	4
9	上班的护士数量不够	1	2	3	4
10	没有时间对患者进行心理护理	1	2	3	4
11	非护理性工作太多	1	2	3	4
12	书面工作太多	1	2	3	4
13	工作环境差	1	2	3	4
14	工作中所需的仪器设备不足	1	2	3	4
15	病区拥挤	1	2	3	4
16	担心工作中出现差错事故	1	2	3	4
17	护士工作不被患者及家属承认	1	2	3	4
18	护理的患者病情过重	1	2	3	4
19	患者的家属不礼貌	1	2	3	4
20	患者的要求太高或太过分	1	2	3	4
21	患者不合作	1	2	3	4
22	所学知识不能满足患者及家属提出的要求	1	2	3	4
23	缺乏对患者进行教育的相关知识	1	2	3	4
24	护理操作会引起患者的疼痛	1	2	3	4
25	护理的患者突然死亡	1	2	3	4
26	缺乏其他科室护士的理解及尊重	1	2	3	4
27	护理管理者的理解与支持不够	1	2	3	4
28	护理管理者的批评过多	1	2	3	4
29	医生对护理工作过分挑剔	1	2	3	4
30	同科室护士之间缺乏理解与支持	1	2	3	4
31	与护理管理者发生冲突	1	2	3	4
32	与病区的某些护士很难共事	1	2	3	4
33	与医生发生冲突	1	2	3	4
34	同事之间缺乏友好合作的气氛	1	2	3	4

（二）适用范围及对象

该量表适用于对护士核心能力的评价。

（三）临床应用

秦光林发现工作负荷重在众多压力源中最为常见。郭燕红、余晓芳的报告中提出，由于大多数医院辅助支持系统不健全，护理人员承担了大量的非护理人员工作范畴，更加剧了护理人员人力资源不足，尤其是急诊科、重症监护室、手术室等特殊重点部门护理任务重，实施抢救多，这一现象更为明显。程然调查结果显示，不同年龄的护士均对知识技能的不足有较大的压力。随着医学领域新技术的广泛应用和护理模式的转变，护理工作的职能范围加大，对护士的知识技能提出了更高的要求。吴晓红指出当护士难以适应这种发展时就会产生心理压力，年轻的护士缺乏护理经验，业务不熟练，易发生内疚、遗憾、灰心或无能为力等一系列心理紊乱综合征；年龄较大的护士对新知识、新技能的学习能力越差，也越易产生心理冲突。

二、应用举例

我们以袁源发表的文章“护士工作压力源量表的信度效度分析”［中华护理教育，2007，4（5）：195－198］为例，说明护士工作压力源量表在护理人员压力源调查中的实际应用。

（一）内容介绍

为考核中国护士工作压力源量表的信度和效度，袁源对昆明市某综合医院的护士476名，采用中国护士工作压力源量表及工作倦怠量表（Maslach Burnout Inventory，MBI）中的情感疲倦问卷进行调查。随机抽取50例在2周后进行重测，计量该量表的重测信度；用因子分析（Factor Analysis）、Cronbach's α 系数、Pearson 相关系数 r、独立样本 t 检验，考察量表的信度与效度。因子分析结果显示，管理及人际关系方面、护理专业及工作方面、时间分配及工作量问题方面的各条目因素负荷与原量表结构基本一致；而工作环境及仪器设备方面、患者护理方面的条目的因素负荷则与原量表结构的差异较大。中国护士工作压力源量表除结构效度需要做进一步的修订外，信度及效度较好，能够较真实而稳定地反映出与护理职业关系密切的工作压力源。

（二）应用解析

中国护士工作压力源量表基本可以真实、稳定地对护理人员的工作压力源做出评价。近年来，护士工作压力源的研究受到广泛关注，这对认识和掌握护士工作压力的特点，改进护理管理工作，指导护士职业精神卫生工作有重要意义。但是在众多研究中表明该量表仍存在着一些问题和不足。建议读者在使用该量表时对其结构效度做进一步的修订。

参考文献

1 Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 1977, 84 (4): 191－215

2 Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman, 1997

3 Schwarzer R, Aristi B. Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in Thirteen cultures. Word Psychology, 1997, 3 (1－2): 177－190

4 Schwarzer R, Mueller J, Greenglass E. Assessment of general perceived self-efficacy on the internet: Data collection in cyberspace. Anxiety, Stress, and Copying, 1999, 3 (12): 145 - 161

5 Zhang JX, Schwarzer R. Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-efficacy Scale. Psychologia, 1995, 38 (3): 174 - 181

6 王才康，胡中锋，刘勇. -般自我效能感量表的信度和效度研究. 应用心理学，2001，7 (1): 37 - 40

7 申继亮，唐丹. 一般自我效能感量表（GSES）在老年人中的使用. 中国临床心理学杂志，2004，12 (4): 342 - 344

8 殷丽娜，齐建林，甄鹰，等. 护理人员自我效能感与心理健康水平关系的探讨. 中国实用护理杂志，2009，25 (2): 54 - 56

9 Tang C. Assessment of burnout for Chinese human Servis professionals: A study of Factorial validity and invariance. Journal of Clinical Psychology, 1998, 54 (1): 55 - 58

10 Sehmitz N, Neumann W: Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. International Journal of Nursing Studies, 2000, 37 (2): 95 - 99

11 Richardsen AM, Martinussen M. The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. Journal of Occupational Psychology, 2004, 77: 377 - 384

12 Schutte N, Toppinen S, Kalimo R, et al. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 2000, 73 (1): 53 - 56

13 李超平，时勘，罗正学. 医护人员工作倦怠的调查. 中国临床心理学杂志，2003，11 (3): 170 - 172

14 余芳，王水秀，王桂兰. 护士工作倦怠的干预策略研究. 中国实用护理杂志，2009，25 (33): 1 - 3

15 卢伟，钱铭怡. 128 名城市医务人员与 93 名县医院医务人员的工作倦怠水平比较. 中国心理卫生杂志，2010，24 (5): 336 - 337

16 李永鑫，李艺敏，时金献. 护士工作倦怠与人格特征的相关研究. 护理学杂志，2007，22 (1): 3 - 5

17 高静，付昌萍，游进会. 临床护士工作疲溃感与工作压力源的相关研究. 护理研究，2008，22 (27): 2468 - 2470

18 Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. J Pers Soc Psychol, 1983, 44: 127 - 139

19 Henderson, Byrne, Duncan-Jones P. Neurosis and the Social Environment. New York: Academic Press, 1981

20 张艳丽，苑洁，朱小尚，等. 大四学生人际信任与社会支持相关性研究. 大家，2010，4: 189 - 191

21 苏莉，韦波，凌小凤，等. 壮族农民社会支持及影响因素. 中国公共卫生生，2009，25 (9): 121 - 123

22 张均，杨国愉，冯正直. 海军航空兵社会支持特点分析. 解放军预防医学杂志，2007，25 (3): 180 - 183

23 尚秀花，高朝辉，李君. 社会支持对军队后勤离退休干部心理健康影响分析. 解放军医院管理杂志，007，15 (4): 266 - 267

24 高建蓉，钟永红，郭翠玲，等. 阻塞性肺疾病患者社会支持状况调查及对策. 齐鲁护理杂志，2010，16 (5): 13 - 14

25 杨智辉，王建平. 癌症患者社会支持状况分析. 中国健康心理学杂志，2007，15 (2): 50 - 51

26 Zeidner M and Endler NS. Hanbook of coping. John Wiley & Songs, Inc. 1996, 107 - 131

27 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究. 中国临床心理学杂志，1998，6 (2): 114 - 115

28 孙雪芹. 本科护理专业实习生压力源及应对方式分析. 中国学校卫生，2008，29 (1): 49 - 50

29 汪向东. 心理卫生评定量表手册（增订版）. 中国心理卫生杂志社，1999

30 Eysenck HJ, Eysenck SB. Manual of the Eysenck Personality Quesitonaire (Jurnior & Adult), London: Hodder and Stoughton, 1975

31 Eysenck Sb, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the Psychoticism Scale. Personality and Individual Difference, 1985, 6 (1): 21-29

32 朱昌明，杨珉. 艾森克个性问卷成都地区试用报告（幼年和成人）. 四川医学院学报，1983，14 (2): 149-159

33 陈仲庚. 艾森克人格问卷的项目分析. 心理学报，1983，15 (2): 211-218

34 曹建琴. 医科大学护理专业学生人格特征与社交焦虑的相关性研究. 中华现代护理杂志，2009，15 (33): 3518-3519

35 姜杨，方晓云，黄金文. 海洛因依赖者103例人格测试分析. 法医学杂志，2000，26 (2): 100-101

36 董雪. 艾森克人格问卷在肺癌患者心理护理中的应用. 中国实用护理杂志，2009，25 (11): 67-68

37 刘贤臣，马登岱，刘连启，等. 心理创伤后应激障碍自评量表的编制和信度效度研究. 中国行为医学科学，1998，7 (2): 93-94

38 Bennett P, Williams Y, Page N, et al. Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. Br J Clin Psychol, 2005, 44 (Pt2): 215-226

39 郝琼林，孙云，苏晓军. 地震伤员创伤后应激障碍的护理干预. 中华现代护理杂志，2008，14 (27): 2887-2889

40 林琳，何国平，吴铁西. 急诊科护士职业创伤后应激障碍的调查研究. 护理研究，2009，23 (9): 2280-2282

41 王方群. 护理干预对眼科手术患者心理状态影响的研究. 中国实用护理杂志，2009，25 (17): 45-47

42 高艳敏，李艳菊，田丽静. 术前访视对老年手术患者术前焦虑的影响. 中国老年学杂志，2009，29 (1): 59-60

43 褚梅容，黄秋影，叶德琴. 腹膜透析患者焦虑心理状况调查及对策. 现代临床护理，2008，7 (3): 4-6

44 Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a measure of primary symptom dimensioals. In Pichot P (ed): Psychological Measurement: Modern Problems in Pharmacopsychia-try. Karger, Switzerland: Basle, 1973

45 唐群英，乐胜，刘发妹. 急诊科护士心理健康水平与应对方式调查. 中国实用护理杂志，2009，25 (12): 3-5

46 阮鹏. 246例慢性萎缩性胃炎患者SCL-90测查报告. 中国心理卫生杂志，2007，21 (4): 276

47 曹杰，吴韫宏，陈岚岚，等. 急诊科医护人员心理健康状况调查. 应用预防医学，2008，14 (1): 30-31

48 Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatrice Practice and Research. Psychiatric Resesrch, 1989, 28 (2): 193

49 刘贤臣，唐茂芹，胡蕾，等. 匹茨堡睡眠质量指数量表的信度和效度研究. 中华精神科杂志，1996，29 (5): 103

50 李茹，王育强，张志群，等. 某军校三年级医学生睡眠质量调查分析. 解放军预防医学杂志，2006，24 (5): 347-348

51 杨颖，赵锐祎，兰美娟，等. 病房护士的睡眠质量对日周性作业疲劳的影响. 中华劳动卫生职业病杂志，2008，26 (6): 360-362

52 徐鑫芬，舒海民，朱萍，等. 中药足浴对妇科手术患者睡眠质量的影响. 中华护理杂志，2005，40 (1): 59-61

53 傅红梅，姜华，顾立铭. 精神科医护人员睡眠质量与心理健康状况的关系. 中国行为医学科学，2005，

14 (4): 362-363
54 张磊，王治明，王绵珍，等. 工作能力指数量表的评价研究. 中国工业医学杂志，2003，16 (1): 1-5
55 张磊，王治明，王绵珍，等. 综合工作能力指数量表的信度与效度评价. 中华劳动卫生职业病杂志，2008，26 (6): 355-359
56 Il marinen J，Eskel inenL，et al. Prevalence and incidence rates of diseases and work ability indifferent work categories of municipal occupations. Scand J Work Environ Health 17 (1991): suppll，67-74
57 Ilmarinen J & Tuomi K: Work ability of aging workers. Scand J Work Environ Health 18 (1992): suppl2，8-10
58 宋振兰，殷绍华，朱永健，等. 护士长能力与职业紧张的相关性分析. 齐鲁护理杂志，2008，14 (23): 18-19
59 张静，杜彦玲，黄求进. 560名护士工作能力及其影响因素分析. 中华现代护理杂志，2009，15 (31): 3-5
60 刘明，Kunaiktikul W，Senaratana W，等. 中国注册护七能力架构的质性研究. 中华护理杂志，2006，(41): 691-694
61 Liu M，Kunaiktikula W，Senaratanaa W，et al. Development of competency inventory forregistered nurses in the people'S republic of china: Scale development. International Journal of Nursing Studies. Int J Nurs Stud，2007，44 (5): 805-813
62 刘明，殷磊，马敏燕，等. 注册护士核心能力测评量表结构效度验证性因子分析. 中华护理杂志，2008，43 (3): 204-206
63 吴菲，叶茂，代颖，等. 不同教育程度护士核心能力的水平与特点. 护理研究，2010，24 (9): 761-763
64 吴菲，叶茂，代颖，等. 不同工作年限护士核心能力现状调查与分析. 中国实用护理杂志，2010，26 (7): 15-17
65 Mueller CW，McCloskey JC. Nurses'job satisfaction: Aproposed measure Nursing Research，1990，9 (2): 13-17
66 Tourangeau AE，Hall LM，Doran DM，et al. Measurement of Nurse Job Satisfaction Using the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. Nursing Research，2006，55 (2): 128-136
67 唐吉荣，张雪岚，陈毅怡. 护士生命质量与工作满意度的相关研究. 国际护理学杂志，2008，27 (12): 1261-1263
68 赵光红，邱丽丽，阮满真. 护士工作满意度及其影响因素的调查分析. 中国实用护理杂志，2008，24 (2): 6-8
69 Weis D. Schank MJ. An instrument to measure professional nursing values. J Nurs Scholarship，2000，33 (2): 201-204
70 陈天艳. 成都地区三甲医院护士职业价值观调查与相关影响因素研究. 成都: 四川大学硕士论文，2007
71 邵静，李菲菲，许冬梅. 精神科护士职业价值观调查和相关影响因素研究. 护理管理杂志，2010，10 (1): 42-44
72 王晓蕾. 在校高年级护理本科生职业价值观现状调查. 护理学杂志，2010，25 (2): 15-17
73 沈艳红，常文虎，郭海兰. 272名医护人员职业紧张状况分析. 中国全科医学，2004，7 (9): 627-629
74 侯继玲，李小英. 护士易患慢性疲劳综合征. 国外医学护理学分册，1999，18 (7): 30
75 刘玉馥，周莉. 护士压力研究进展. 国外医学护理学分册，1998，17 (1): 3

76 李小妹，刘彦君. 护士工作压力源及工作疲溃感的调查研究. 中华护理杂志，2000，35（11）：645－649
77 许临萍. 临床护士压力源调查分析. 实用中医药杂志，2005，6（31）：36
78 郭燕红. 合理配制护理人力保障护理工作质量. 中国护理管理，2003，3（1）：44－45
79 袁源. 护士工作压力源量表的信度效度分析. 中华护理教育，2007，4（5）：195－198

中英文名词对照表

中　文	英　文
创伤严重特征评估法	a severity characterization of trauma，ASCOT
创伤定级标准	abbreviated injury scale，AIS
美国胸科医师协会和危重病医学会	ACCP/SCCM
日常生活活动	activity of daily living，ADL
急性生理与慢性健康状况评分	acute physiology and chronic health evaluation，APACHE
急性生理评分	acute physiology score，APS
解剖要点法	anatomic profile，AP
住院日适当性评价方案	appropriateness evaluation protocol，AEP
动脉血酮体比	arterial ketone body ratio，AKBR
体表面积评分法	BARS
巴塞尔指数	barthel index，BI
双频谱指数	bispectral index，BIS
动脉血乳酸浓度	blood lactate，BL
体重指数	BMI
餐后血糖	BPG
疼痛简明记录表	brief pain inventory，BPI
细胞损伤评分	cellular injury score，CIS
慢性健康状况评分	chronic health score，CHS
慢性呼吸疾病调查问卷	chronic respiratory questionnaire，CRQ
循环、呼吸、腹部、运动、语言计分法	circulation respiration abdomen motor and speech scale，CRAMS
临床护理吞咽功能评估工具	clinical nursing swallowing assessment tool，CNSAT
医院行政管理委员会量表	commission for administration services in hospital，CASH
中国注册护士核心能力量表	competency inventory for registered nurse，CIRN
去人性化	depersonalization or dehumanization
糖尿病健康状况量表	diabetes health profile，DHP
糖尿病影响计量量表	diabetes impact measurement scale，DIMS
糖尿病	diabetes mellitus，DM
糖尿病生活质量临床实验问卷	diabetes quality-of-life clinical trial questionnaire，DQLCTQ
糖尿病生存质量量表	diabetes quality-of-life measure，DQOL
糖尿病患者特异性生存质量评定量表	diabetes specific quality of life scale，DSQL

续表 1

中　文	英　文
糖尿病生活质量特异性量表	diabetes specific quality-of-life scale, DSQOLS
个人成就感低落	diminished personal accomplishment
早期预警评分法	early warning score, EWS
情绪耗竭	emotional exhaustion
欧洲癌症研究与治疗组织	EORTC
欧洲重症医学委员会	ESICM
欧洲脑卒中评分量表	European stroke scale, ESS
艾森克人格调查表	Eysenck personality inventory, EPI
艾森克人格问卷	Eysenck personality questionnaire, EPQ
空腹血糖	FBG
现场类选标准	field triage criteria
乳腺癌患者生命质量测定量表	functional assessment of cancer thereapy-breast, FACT-B
肺癌治疗功能评价量表	functional assessment of cancer therapy-lung, FACT-L
功能大体评定量表	GAF
舒适状况量表	general comfort questionnaire, GCQ
一般自我效能感量表	general self-efficacy scale, GSES
生活质量综合评定问卷-74	generic quality of life inventory-74, GQOL-74
格拉斯哥昏迷程度评分	Glasgow coma scale, GCS
格拉斯哥预后评分	Glasgow outcome scale, GOS
汉密尔顿焦虑量表	HAMA
汉密尔顿抑郁量表	HAMD
专科病房	high dependency unit, HDU
膝关节评分标准	hospital for special surgery, HSS
国际功能、残疾和健康分类	ICF
病伤严重度指数	illness injury severity index, IISI
损伤严重度评分	injury severity score, ISS
重症监护护理评分系统	intensive care nursing scoring system, ICNSS
重症监护病房	intensive care unit, ICU
国际疼痛协会	international association for the study of pain, IASP
社会交往调查表	interview schedule for social interaction, ISSI
美国健康机构医院评鉴委员会	joint commission on accreditation of health organization, JCAHO
Karnofsky 行为表现量表	Karnofsky performance status, KPS
生活满意度量表	LSR
肺癌症状量表	lung cancer symptom scale, LCSS
工作疲溃感量表	maslach burnout inventory, MBI

续表 2

中　文	英　文
蒙德斯利个性调查表	maudsley personality inventory，MPI
McGill 疼痛问卷	McGill pain questionnaire，MPQ
工作满意度测量量表	measure of job satisfaction，MJS
明尼苏达心功能不全生命质量量表	Minnesota living with heart failure questionnaire，LHFQ
明尼苏达满意度问卷	Minnesota satisfaction questionnaire，MSQ
改良巴塞尔指数	modified barthel index，MBI
修订早期预警评分法	modified early warning score，MEWS
改良爱丁堡-斯堪的纳维亚神经卒中量表	modified Edinburgh-Scandinavian stroke scale，MESSS
Morse 跌倒评估量表	Morse fall scale，MFS
曼氏腹膜炎指数	MPI
多器官功能障碍综合征评分	multiple organ dysfunction syndrome，MODS
多器官功能衰竭	multiple organfailure，MOF
美国国立卫生研究所脑卒中评分量表	NIHSS
九等护理人力评分法	nine equivalents of nursing manpower use score，NEMS
非小细胞性肺癌	NSCLC
数字评定量表	numeric rating scale，NRS
护理活动评分	nursing antivity score，NAS
护士职业价值观量表	nursing profession values scale，NPVS
国际护士协会	ICN
改进的颌面创伤严重度评分	Revised injury severity score，RISS
收缩压	SBP
呼吸频率	RR
白细胞计数	WBC
丙氨酸氨基转移酶	SGPT
凝血酶原时间	PT
凝血酶时间	TT
血小板	PLT
接受者操作特征曲线	AUROCC
动脉血酮体比	AKBR
东部协作组体能状态评分	ECOG
射频消融	RFA
西雅图阻塞性肺疾病调查问卷	SOLDQ
加拿大神经功能评分表	CNS
综合医院焦虑抑郁量表	HADS
汉密顿抑郁量表	HESD

续表 3

中　　文	英　　文
词语描述量表	the verbal descriptor scale，VDS
直接护理	direct patient care
间接护理	indirect patient care
医疗服务	medical services
护理/生命保障服务	nursing/life support services
病人状况	patient condition
护士职业价值观量表-修订版	NPVS-R
血浆渗透压	osmolality gap，OG
牛津残障量表	oxford handicap scale，OHS
老年痴呆晚期疼痛评估量表	pain assessment in advanced dementia scale，PAINAD
疼痛评定指数	pain rating index，PRI
病人分类系统	patient classification system，PCS
小儿危重病例评分法	pediatric critical illness score，PCIS
癌性疲乏自评量表	PFS
匹茨堡睡眠质量指数量表	Pittsburgh sleep quality index，PSQI
波兰-英国-桑顿-欧文量表	Poland，English，Thorn，Owen，PETO
创伤后应激障碍自评量表	post-traumatic stress disorder self-rating scale，PTSD-SS
创伤后应激障碍	post-traumatic stress disorder，PTSD
院前分类指数	prehospital index，PHI
医院前类选示意图	prehospital triage decision scheme
压疮危险评估工具	pressure ulcer risk assessment scale，PURAS
压力校正心率	pressure-adjusted heart rate，PAHR
病死概率	probability of hospital mortality，PHM
疼痛强度	psychological pain intensity，PPI
自杀态度问卷	QSA
生活质量	quality of life，QOL
肝癌生活质量测定量表	quality of life-liver cancer，QOL-LC
生命质量核心量表	questionnaire of life quality core，QLQ-C
粗分	raw score，RS
改进的颌面创伤严重度评分法	revised injury severity score，RISS
修正创伤评分	revised trauma score，RTS
斯堪的纳维亚神经卒中量表	Scandinavian stroke scale，SSS
焦虑自评量表	self-rating anxiety scale，SAS
感染相关性器官功能衰竭评价系统	sepsis-related organ failure assessment，SOFA
序贯器官衰竭评估	sequential organ failure assessment，SOFA

续表 4

中　　文	英　　文
简化 McGill 疼痛问卷	SF-MPQ
圣・乔治医院呼吸问题调查问卷	SGRQ
简易急性生理学评分	simplified acute physiology score，SAPS
简易应对方式问卷	simplified coping style questionnaire，SCSQ
社会支持问卷	social support questionnaire，SSQ
社会支持评定量表	social support revalued scale，SSRS
标准化得分	standard score，SS
标准吞咽功能评定量表	standardized swallowing assessment，SSA
抗精神病药治疗中主观舒适度简表	subjective well-being under neuroleptics short form，SWN
外科监护室	surgery intensive care unit，SICU
90 项症状自评量表	symptom checklist，SCL-90
炎性综合征	systemin inflammatory response syndrome，SIRS
三酰甘油	TG
加拿大神经功能评分量表	the Canadian neurological scale，CNS
面部表情疼痛量表	the faces pain scale，FPS
国际乳腺癌生活质量研究组量表	the international breast cancer study group quality of life，IBCSGQL
工作描述指数	the job descriptive index，JDI
工作倦怠量表	the maslach burnout inventory，MBI
卡劳斯克/米勒满意度量表	the McCloskey/Muller satisfaction scale，MMSS
米斯纳开业护士工作满意度量表	the Misener nurse practitioner job satisfaction，MNPJSS
护士满意度量表	the nurse satisfaction scale，NSS
治疗干预评分系统	therapeutic intervention scoring system，TISS
全膝关节置换术	total knee arthroplasty，TKA
创伤及损伤严重程度评分	trauma and injury severity score，TRISS
创伤指数	trauma index，TI
创伤评分	trauma score，TS
类选对照表	triage checklist，TC
类选指数	triage index
类选计分法	triage score
言语描述疼痛量表	verbal rating scale，VRS
直观模拟评分表	visual analogue scale，VAS
X 线电视透视吞咽功能检查	vivideo fluoroscopy swallowing study，VFSS
应对方式问卷	ways of coping questionnaire，WCQ

续表 5

中　　文	英　　文
世界卫生组织生存质量测定量表	WHOQOL
世界卫生组织生存质量测定量表简表	WHOQOL-BREF
工作能力指数量表	work ability index，WAI